Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Service de gériatrie et réadaptation gériatrique

Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins

Laurence Seematter-Bagnoud, Sarah Fustinoni, Lionel Meylan, Stéfanie Monod, Amélie Junod, Christophe Büla, Brigitte Santos-Eggimann.

Raisons de santé 191 – Lausanne 2012







Etude dans le cadre du mandat : « Assurer le suivi épidémiologique et statistique en matière de politique gériatrique » (PMSR/012/A03), mandant Service de la santé publique du canton de Vaud, confié au COAV.

Citation suggérée : Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, Santos-Eggimann B. Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation des personnes âgées. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé, 191).

Date d'édition : Septembre 2012

ISSN 1660-7104

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

RESUME

Ce rapport vise à produire une analyse critique des instruments d'évaluation, d'orientation et de communication autour des personnes âgées dans le réseau de soins, dans le contexte de changements potentiels ou en cours des instruments utilisés actuellement. Outre les instruments utilisés actuellement dans le système sanitaire vaudois, soit le Document Médico-Social de Transmission (DMST) et l'outil Planification informatisée des soins infirmiers requis en EMS (PLAISIR), ce rapport examine plus particulièrement les modules RAI Soins à Domicile (RAI-SAD, en cours d'implémentation dans le canton de Vaud) et Etablissement Médico-Social (RAI-EMS, en voie de diffusion dans certains cantons romands). Une comparaison du contenu de ces divers instruments est effectuée, et les enjeux d'un éventuel remplacement des instruments actuels par le RAI sont discutés.

Le Resident Assessment Instrument (RAI) est intéressant à différents niveaux. Cet instrument s'adapte aux différents milieux de soins des personnes âgées grâce à l'existence de modules spécifiques (soins à domicile, établissement médico-social, hôpital,..). Chaque module consiste en une évaluation globale standardisée de la personne âgée. Les données ainsi relevées sont traitées par un logiciel ad hoc qui identifie les problèmes potentiels (tableau d'alarme) nécessitant une évaluation plus précise, notamment grâce aux guides d'analyse par domaine d'intervention. Cette démarche conduit à l'élaboration d'un plan de soins individualisé, et des indicateurs de qualité des soins ont été développés sur la base de l'information recueillie. Le traitement informatique des données permet également de définir des groupes de personnes âgées en fonction de leurs besoins en services médico-sociaux. Ainsi, la méthode RAI est susceptible de guider la planification médico-sociale et peut être associée à un système de financement ajusté à la lourdeur des cas. Finalement, les données provenant de l'évaluation standardisée sont utiles au système d'information sanitaire. En effet, les différents modules d'évaluation RAI contiennent un noyau commun susceptible de fournir de précieuses informations sur les trajectoires des patients au sein du réseau de soins.

Le contenu des modules RAI-SAD et RAI-EMS a été examiné afin de déterminer leur noyau commun. Globalement, cette comparaison montre que la plupart des thèmes se retrouvent en effet dans les deux modules, même si la formulation des questions et les possibilités de réponse diffèrent quelque peu. On retrouve notamment les trois domaines évalués sous forme d'échelles de performance, soit les activités de la vie quotidienne, la cognition, et les troubles dépressifs, mais aussi les fonctions sensorielles (audition/vision), les maladies et la prise de médicaments, entre autres.

L'outil PLAISIR est utilisé dans les EMS du Canton de Vaud depuis la fin des années 1990. Comme c'est le cas pour RAI, il s'agit d'une évaluation standardisée dont les informations permettent, via un logiciel, d'élaborer un plan de prise en charge qui estime les soins infirmiers et d'assistance requis pour répondre aux besoins du résident. Cependant, comme les données sont exclusivement traitées par l'entreprise propriétaire de l'outil au Canada, ce plan de soins ne parvient aux soignants que plusieurs semaines après l'évaluation, ce qui limite fortement son intégration. En outre, la collecte de données PLAISIR est moins complète que celle du RAI, et ces données sont moins exploitées dans la prise en charge clinique, notamment parce que PLAISIR n'offre pas de soutien à l'investigation et à la prise en charge des syndromes gériatriques. Comme avec RAI, des indicateurs de qualité associés à PLAISIR ont été développés, et un système de financement ajusté à la lourdeur des cas a été mis en place. Ainsi, dans le canton de Vaud, PLAISIR est exploité essentiellement à visée de financement.

Il ressort de la comparaison que les instruments RAI et PLAISIR incluent en grande partie les mêmes domaines, notamment : les performances physiques et la mobilité, les performances cognitives, les fonctions sensorielles (audition/vision), l'humeur, le réseau et la participation sociale, les maladies et la prise de médicaments. Les éventuels déficiences ou problèmes dans ces domaines sont évalués par des items proches dans RAI et PLAISIR. Cependant, le degré de détail des questions ou des possibilités de réponse varie, rendant le transfert d'informations d'un instrument à l'autre quelque peu délicat.

Quant au DMST, il s'agit d'un document cantonal standardisé utilisé lors de chaque transfert de personne âgée entre institutions de soins depuis une dizaine d'années. Il fournit une documentation de l'état fonctionnel (grille d'autonomie), un bref bilan somatique et psychique de la personne, des indications sur ses habitudes de vie et sa prise en charge médicale (médecin-traitant et autres intervenants, médicaments), etc... . Le DMST contient les informations jugées nécessaires pour assurer la continuité dans la prise en charge d'un patient, mais ne constitue pas une évaluation globale. De plus, l'information recueillie par la grille d'autonomie manque de standardisation, son mode d'emploi laissant trop de place à une interprétation subjective.

Les enjeux du remplacement des instruments actuels par le RAI se situent à différents niveaux.

Au niveau clinique, on peut postuler que le RAI serait favorable à une meilleure qualité des soins, car cette méthode :

- permet d'identifier et d'investiguer les problèmes gériatriques susceptibles de conduire au déclin fonctionnel et trop souvent non-diagnostiqués, puis d'initier leur prise en charge
- inclut des indicateurs de qualité
- favorise la continuité des soins lors des transferts de personnes âgées dans le réseau sanitaire

Ces bénéfices potentiels requièrent une implémentation complète du système RAI, soit le volet d'évaluation, mais aussi celui de prise en charge, parfois négligé. Ceci nécessite des moyens importants dédiés à la formation des professionnels. Néanmoins, ce type de formation est une étape nécessaire pour renforcer la culture de l'évaluation gériatrique globale standardisée, globalement insuffisante dans tous les secteurs de soins, et améliorer la prise en charge des personnes âgées. Et c'est ce volet de prise en charge qui donne tout son sens au RAI, dans une perspective de qualité des soins.

Au vu du temps requis pour une évaluation RAI, une démarche préalable de sélection des patients-cible devrait par ailleurs être intégrée en soins aigus. Un module court de la famille RAI a été développé à cet effet.

Au niveau financier, les enjeux concernent plus particulièrement les établissements médico-sociaux, et doivent être étudiés. Un effet sur le financement des soins apparaîtrait si le classement des résidents dans une catégorie de financement diffère selon qu'on utilise PLAISIR ou RAI-EMS.

Finalement, les différents modules RAI ont pour avantage de produire un noyau commun de données standardisées favorable à la communication relatives aux personnes âgées dans le réseau de soins, ainsi qu'au système d'information sanitaire.

Notons cependant que certaines implications du remplacement des instruments actuels par le RAI sont difficiles à cerner, l'information les concernant étant peu accessible notamment parce qu'elle est fragmentée (expériences des acteurs du terrain concernant les aspects pratiques, traitement informatique des données, implications relatives au financement et à l'allocation des ressources).

En conclusion, les différents modules de la famille RAI paraissent favoriser une prise en charge de qualité des personnes âgées dans les différents milieux de soins et faciliter la transmission d'information d'un lieu de soins à un autre. Ainsi, le déploiement généralisé du RAI pourrait offrir des bénéfices cliniques non négligeables dans les différents secteurs de soins. Les effets de l'implantation du RAI doivent néanmoins être étudiés plus en détail et sur le terrain.

1 INTRODUCTION

Une politique « Vieillissement et Santé » se développe actuellement dans le Canton de Vaud. Parmi ses objectifs figure celui de guider l'adaptation du système de soins au vieillissement démographique prévu au cours des 20 prochaines années. Une prise en charge adéquate et efficiente des personnes âgées nécessite des outils d'évaluation et de prise en charge adaptés à leurs spécificités. De plus, un relevé d'informations sanitaires approprié est nécessaire pour orienter et évaluer les décisions de la politique « Vieillissement et Santé ». Dans ce contexte, le Service de la Santé Publique a confié au Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement (COAV) le mandat « Suivi statistique et épidémiologique de la politique gériatrique du canton de Vaud ». L'objectif est de proposer un système d'information permettant d'obtenir des indicateurs pertinents relatifs à la santé des personnes âgées vivant dans le canton de Vaud, à leurs besoins et à leur consommation de soins, ainsi que des profils de santé permettant la planification sanitaire.

Or, le système d'information sanitaire actuel n'appréhende pas correctement les problématiques des personnes âgées, ce qui le rend impropre à cette mission de pilotage. En effet, les relevés d'information reposent parfois sur des instruments peu spécifiques aux personnes âgées. De plus, ils sont rarement exploités de manière systématique et centralisée, et leur informatisation est incomplète dans certains secteurs de soins. Finalement, une pratique commune de l'évaluation gériatrique fait défaut.

Dans ce contexte, le Resident Assessment Instrument (RAI) est intéressant tant d'un point de vue clinique, qu'épidémiologique et financier. Cette méthode s'adapte aux différents milieux de soins des personnes âgées grâce à l'existence de modules spécifiques (hôpital, soins à domicile, établissement médico-social (EMS)). Chaque module consiste en une évaluation globale standardisée de la personne âgée, permettant d'élaborer un plan de soins individualisé. Les données ainsi générées permettent de définir des groupes de personnes âgées en fonction de leurs besoins en services médico-sociaux. Ainsi, elles sont susceptibles de guider la planification médico-sociale et peuvent être associées à un système de financement ajusté à la lourdeur des cas. Finalement, ces données standardisées constituent une source d'investigation épidémiologique et sont utiles au système d'information.

Le module RAI en soins à domicile (RAI-SAD), déjà largement utilisé en Suisse, est en cours d'implémentation dans le canton de Vaud. Le module RAI en établissement médico-social (RAI-EMS) est exploité dans une partie des EMS de certains cantons. Notons que le canton de Fribourg a décidé de généraliser l'utilisation du RAI-EMS et que le Valais considère également son adoption comme instrument unique dans ses établissements médico-sociaux. Outre cette diffusion, le comité d'experts de la politique « Vieillissement et Santé » s'est positionné en faveur de l'utilisation du RAI-EMS et du RAI-Soins Aigus (RAI-SA) dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces différents milieux de soins et de faciliter la transmission d'information d'un lieu de soins à un autre *(Rapport « Politique cantonale Vieillissement et Santé», 2012).*

Au vu des implications potentielles tant au niveau clinique qu'administratif et financier, et dans la perspective de la mise en place d'un système d'information potentiellement basé sur le RAI, il est intéressant de comparer les informations générées par le RAI à celles issues des instruments utilisés actuellement dans le système sanitaire, et d'évaluer les implications d'un éventuel remplacement de ces instruments, en particulier l'outil de Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR), par le RAI. Ce rapport cible ainsi plus particulièrement les modules RAI-SAD et RAI-EMS qui sont les plus utilisés en Suisse, et pour lesquels on dispose de plus d'informations.

2 OBJECTIFS

Les objectifs du présent rapport sur le RAI et les autres instruments d'évaluation, d'orientation ou de transmission d'information concernant des personnes âgées sont les suivants:

- décrire le développement et l'état actuel de la méthode RAI, soit le contenu des instruments de la famille RAI et ses « produits dérivés » (tableau d'alarme, échelles de performances, groupes iso-ressources et indicateurs de qualité)
- décrire l'état actuel de l'utilisation du RAI en Suisse
- comparer les différents modules de la famille RAI entre eux, afin d'en déterminer le noyau commun, utile pour la transmission d'informations d'un milieu de soins à un autre
- comparer les modules RAI aux instruments utilisés actuellement dans le système sanitaire
- évaluer les conséquences du remplacement éventuel des instruments actuels par les modules de la famille RAI

3 LE RESIDENT ASSESSMENT INSTRUMENT (RAI)

3.1 HISTORIQUE

Dans les années 1980, une réforme des soins de longue durée a été menée aux Etats-Unis afin d'établir des standards de prise en charge des résidents dans ces institutions (Hawes C, 1997). Le Resident Assessment Instrument-Nursing Home (RAI-NH) est l'instrument développé dans le cadre de cette réforme. L'instrument RAI a été conçu comme un outil clinique visant à promouvoir l'identification systématique et standardisée des problèmes de santé des personnes âgées, avec pour objectif l'amélioration de leur prise en charge. En parallèle, des indicateurs de qualité basés sur les informations recueillies par le RAI-NH ont été développés (Hutchinson AM, 2010). Cette démarche permet également de définir un langage commun aux équipes de soins multidisciplinaires. La qualité de l'information recueillie par le RAI-NH a été testée, notamment en terme de validité et de cohérence lorsqu'elle est relevée par des soignants différents (Sgadari A, 1997). Finalement, le RAI-NH permet la catégorisation des résidents en groupes iso-ressources (Resource Utilization Groups, RUGs) à des fins de financement (Carpenter GI, 1997). Ainsi, depuis 1991, tous les résidents d'établissements médico-sociaux des Etats-Unis bénéficient régulièrement d'une évaluation structurée de leur état de santé (évaluation complète à l'admission et après chaque changement important de l'état de santé, évaluation brève chaque trois mois, complétée par une évaluation complète si jugée nécessaire). Leur plan de soins, de même que le financement, sont adaptés en conséquence.

3.1.1 La famille d'instruments RAI

D'autres modules de l'instrument RAI ont été développés par la suite, notamment pour la prise en charge des bénéficiaires de soins à domicile (module Home Care, RAI-HC), mais aussi pour la prise en charge des patients en soins aigus, post-aigus, palliatifs, ou encore en milieu psychiatrique. Comme mentionné précédemment, ces instruments sont conçus comme une famille permettant la transmission d'informations d'un milieu de soins à une autre, favorisant ainsi la continuité des soins. Cependant, l'expérience de ce transfert d'information est encore limitée, notamment parce que peu de pays ont implémenté plusieurs modules de la famille RAI à large échelle et durablement, et qu'il existe peu de littérature accessible et détaillée à ce sujet.

3.2 DIFFUSION INTERNATIONALE

Le RAI a connu progressivement une diffusion internationale. Un consortium international de chercheurs et de cliniciens de plus de 30 pays, le réseau interRAI (www.interrai.org), a été formé pour promouvoir et guider la diffusion de l'instrument RAI. La version 2.0 du RAI, utilisée en Europe, a vu le jour dans ce mouvement. L'équipe ayant présidé au développement du RAI a par ailleurs rejoint le réseau interRAI, qui est devenu seul responsable de la diffusion de l'instrument et en détient les droits d'auteur.

Dès 2005, interRAI a développé de nouvelles versions de plusieurs modules (versions interRAI), conçues pour faciliter la transmission d'informations d'un lieu de soins à un autre, et traduites en plusieurs langues[a]. Les versions RAI originales (et non InterRAI) ont parfois servi de base à la traduction des modules suisses, de sorte que différentes versions de chaque module coexistent, présentant de petites différences entre elles. En Europe, les Pays-Bas et l'Italie ont été pionniers dans

[a] Parallèlement à la diffusion des instruments interRAI, les instruments RAI originaux ont été revus aux Etats-Unis (versions 3.0).

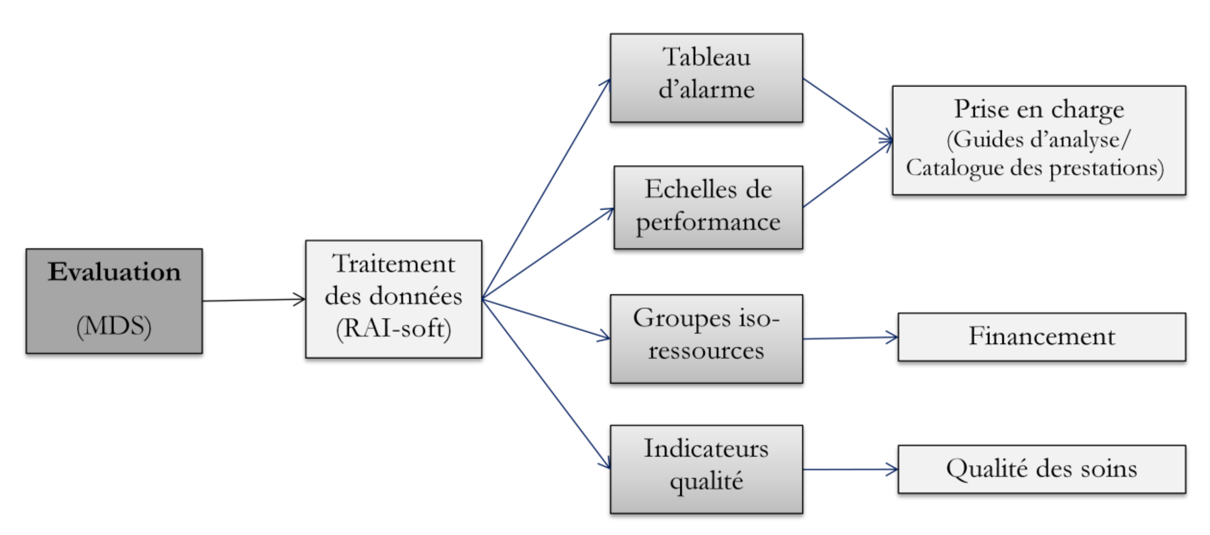
l'utilisation de la méthode RAI, l'Italie étant le pays européen ayant implanté le plus de modules différents, mais à une échelle régionale seulement. En Belgique, un groupe de travail a sélectionné le RAI parmi d'autres instruments d'évaluation, car il correspondait aux critères prédéfinis (notamment s'adapter aux différents contextes de soins, proposer un plan de soins global qui vise à améliorer le potentiel de la personne âgée, et permettre la continuité des soins,…). Un projet d'implémentation des modules RAI en soins aigus, en soins à domicile et en établissement médico-social y est en cours. En France, les modules RAI-HC et RAI-NH sont utilisés dans certaines régions, notamment comme système de monitorage de la qualité des soins dans certains établissements de long séjour (Cérase-Feurra V, 2001). Finalement, il est important de souligner que le groupe interRAI a développé des modules courts permettant d'identifier les personnes âgées pour qui une évaluation complète serait utile, par exemple à l'admission à l'hôpital (module Emergency Department Screener), ou en soins ambulatoires ou à domicile (module Contact Assessment).

La fiabilité de l'information recueillie par deux évaluateurs indépendants a été examinée pour une septantaine de variables communes aux différents modules RAI. Environ 80% des items testés satisfaisaient au critère pré-établi, soit une cohérence de 60% mesurée par le test de Kappa (Sgadari A, 1997, Hirdes JP, 2008). Notons que ces doubles évaluations ont été menées chez 100 à 200 personnes par module testé, pour un total de 783 personnes résidant dans 12 pays différents. Ces études internationales ont montré qu'il s'agissait d'un instrument utilisable indépendamment des différences culturelles et institutionnelles.

3.3 LA METHODE RAI

Le RAI comprend un instrument d'évaluation, le Minimum Data Set (MDS), un logiciel et plusieurs Guides d'Analyse par Domaine d'intervention (Resident Clinical Assessment Protocols). La saisie informatique des informations recueillies par le MDS génère, grâce au logiciel RAI-soft, un tableau d'alarme et des échelles de performance. Le logiciel génère également les autres produits dérivés du RAI (voire Figure 1, et points 3.3.1 à 3.3.5). Cette démarche se déroule dans le milieu de soins de la personne âgée (Etablissement Médico-Social, hôpital, domicile..), de sorte que les soignants disposent sans délai des informations nécessaires à sa prise en charge.

Figure 1 La démarche RAI



3.3.1 Le Minimum Data Set (MDS) : concept et contenu

L'évaluation par le MDS repose sur le concept de l'évaluation gériatrique globale, soit une approche multidimensionnelle, incluant tant les problèmes médicaux que les difficultés fonctionnelles, psychiques ou sociales. Le MDS cible plus particulièrement les facteurs de risque de déclin fonctionnel, avec l'objectif de favoriser le maintien voire la récupération des performances fonctionnelles. Un manuel d'utilisation précise les définitions des items, les différentes possibilités de réponses et la manière dont la cotation doit être faite (InterRAI Corp, 2002 et 2003). L'évaluation par le MDS, en général effectuée par l'infirmier/-ère responsable du patient, requiert environ 60 minutes.
Pour exemple, les domaines communs à l'évaluation par le RAI-NH et le RAI-HC dans leur version originale sont répertoriés dans le **Tableau 1** ci-dessous.

Tableau 1 Domaines du Minimum Data Set

Capacités cognitives	Diagnostics médicaux
Communication/audition	Etat de santé
Vision	Etat nutritionnel
Humeur et comportement	Etat bucco-dentaire
Bien-être psycho-social	Etat de la peau
Capacités physiques/AVQ	Utilisation des services professionnels
Continence	Traitements médicamenteux/spéciaux

3.3.2 Le tableau d'alarme

L'analyse des informations collectées par le recueil de données MDS génère le tableau d'alarme. Les signaux d'alarme sont activés lorsque les réponses à certaines questions du MDS, prises ensemble ou isolément, suggèrent que la personne âgée pourrait présenter un problème de santé, qu'il soit actuel ou qu'il risque de survenir en l'absence d'intervention. Les signaux d'alarme incitent à une évaluation plus poussée au moyen des guides d'analyse par domaine d'intervention. Le tableau d'alarme est ainsi le canevas de discussion et de décision quant à la priorisation des domaines à évaluer plus précisément et des interventions à proposer en fonction des objectifs de prise en charge, dans le processus d'élaboration d'un plan de soins individualisé.

3.3.3 Les guides d'analyse par domaine d'intervention

Les guides d'analyse représentent une contribution essentielle du RAI à la qualité des soins. Ils sont utilisés spécifiquement lorsqu'un syndrome gériatrique ou un problème a été détecté et qu'il figure dans le tableau d'alarme généré par le logiciel RAI-soft. Par exemple, le manuel d'utilisation du RAI-NH contient 20 guides d'analyse par domaine d'intervention, correspondant notamment aux syndromes gériatriques. Ils sont indiqués dans le **Tableau 3** ci-dessous. De manière analogue au MDS, il existe un noyau commun, bien que chaque guide d'analyse soit adapté au lieu de prise en charge de la personne âgée et quelques thèmes spécifiques selon le module RAI utilisé.

Tableau 2 Thèmes traités par les guides d'analyse du RAI-NH

Delirium	Troubles cognitifs/démence
Fonction visuelle	Communication/Audition
Status et potentiel fonctionnel	Incontinence/sonde urinaire
Bien-être psycho-social	Humeur
Troubles du comportement	Activités
Chutes	Etat nutritionnel
Nutrition (sonde)	Hydratation
Dentition	Escarre
Consommation de psychotropes	Mesures de contention
Douleurs	Régulation intestinale

3.3.4 Les échelles de performance

Les performances de la personne dans certains domaines d'intérêt (activités de base et instrumentales de la vie quotidienne, cognition, et dépression) sont mesurées par des échelles ad hoc construites au moyen des informations recueillies par le MDS. Par exemple **(Tableau 2)**, les capacités cognitives sont mesurées au moyen de la Cognitive Performance Scale, un outil dont les propriétés de détection des troubles cognitifs sont comparables à celles du Mini-Mental State Examination (Paquay L, 2007, Bula C, 2009). Les quatre échelles de performance mentionnées ci-dessus se retrouvent dans tous la plupart des modules RAI (en tous cas dans les modules RAI-NH, -HC, et Acute Care(AC)).

Tableau 3 Questions du MDS utilisées pour construire le score de performances cognitives (Cognitive Performance Scale)

Mémoire récente
Capacité pour les décisions courantes
Se faire comprendre
Indépendance pour se nourrir

3.3.5 Les indicateurs de qualité

Des indicateurs de qualité ont été construits sur la base d'un ou de plusieurs items. Le **Tableau 4** ci-dessous illustre, **pour exemple**, les indicateurs de qualité du RAI-NH utilisés aux USA. Il s'agit souvent de prévalences (par exemple, proportion de personnes qui présentent des douleurs,..) ou, plus rarement, d'incidences (comme la survenue de chutes ou d'escarres). Ces indicateurs visent, au niveau individuel, à évaluer l'effet d'une intervention chez un bénéficiaire, et, au niveau collectif, à comparer différentes institutions entre elles, ou à évaluer l'évolution de la qualité des soins dans une même institution au cours du temps (Hawes C, 1997). La fiabilité de la plupart de ces indicateurs a été évaluée comme bonne aux Etats-Unis (Mor V, 2003).

Tableau 4 Les indicateurs RAI-Nursing Home

Domaine	Proportion (prévalence) de résidents présentant:	Survenue (incidence)de :
Cognition		Troubles cognitifs
Humeur/comportement	Symptômes de dépression	
	Symptômes de dépression sans traitement antidépresseur	
	Troubles comportementaux affectant les autres personnes	
Continence/régulation intestinale	Incontinence urinaire / fécale	
	Incontinence urinaire / fécale occasionnelle	
	Sonde urinaire	
	Impaction fécale	
Infections	Infection urinaire	
Nutrition	Perte de poids	
	Alimentation par sonde	
	Déshydratation	
Fonctionnement physique		Déclin dans les AVQ «à perte tardive» (manger, …)
		Perte de mobilité
	Proportion de résidents alités	
Accidents	Chutes	Fractures
Consommation de psychotropes	Consommation d'antipsychotiques en l'absence de diagnostics psychotiques	
	Consommation de somnifères/calmants	

3.3.6 La classification en groupes iso-ressources

Sur la base des réponses données à certaines variables figurant dans le MDS, chaque personne évaluée peut être « classée » dans un « groupe d'iso-consommateurs de ressources », ou Resources Utilization Groups (RUGs). Ces groupes ont été créés par des méthodes statistiques de classification automatique, tout en préservant leur pertinence clinique. Par exemple, les résidents d'établissement médico-social sont classés en 7 groupes cliniques principaux, chacun étant subdivisé à son tour en sous-groupes, aboutissant à 44 RUGs. Les heures-soins attribuées à chaque RUG ont été évaluées par une méthode analytique. Ce système permet d'expliquer plus de 50% de la variation du coût journalier des résidents de long séjour (Carpenter GI, 1997). Les « groupes d'iso-consommateurs de ressources » (RUGs) pour les bénéficiaires de soins à domicile sont également définis en Suisse, mais ne semblent pas encore utilisés, le financement à l'acte étant usuellement en vigueur.

3.4 AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES LIÉS À L'UTILISATION DU RAI

Les effets de l'utilisation du RAI ont été étudiés en comparant un certain nombre d'indicateurs avant (1990) et après (1993) l'introduction généralisée du RAI-Nursing Home (NH) aux USA. Des progrès significatifs ont été constatés au niveau de l'amélioration de l'information disponible dans les dossiers médicaux des résidents d'EMS, et de la proportion de résidents pour lesquels des directives anticipées ou un plan de soins avait été élaboré. Par ailleurs, l'utilisation des sondes urinaires et des mesures de contention avait diminué, de même que la proportion de résidents présentant un déclin fonctionnel ou cognitif, ou encore le nombre d'hospitalisations, sans qu'une augmentation de la mortalité soit pour autant observée (Hawes C, 1997). Ces résultats ont été confirmés dans une revue de la littérature (Achterberg WP, 1999). Néanmoins, certaines études n'ont pas mis en évidence de bénéfices cliniques significatifs, ce qui a été attribué à de trop petits groupes de sujets inclus, ou à une implémentation incomplète du RAI, par exemple l'utilisation du MDS à des fins de financement uniquement (Stolle C, 2011).

Selon une enquête menée suite à l'introduction généralisée du RAI-NH aux USA, la majorité des soignants et des directeurs d'établissements médicaux-sociaux étaient convaincus de l'utilité du RAI dans la détection de problèmes et l'élaboration d'un plan de soins. Cependant, plus de la moitié des professionnels estimaient que la charge de travail administratif généré par le RAI-NH était trop importante. Par ailleurs, un tiers des professionnels ne voyaient pas d'amélioration de la qualité des soins (Hawes C, 1997).

Quelques études ont examiné l'impact de l'utilisation du RAI-Home Care. En Italie, 88 bénéficiaires de soins à domicile ont été évalués et pris en charge selon la démarche RAI. En comparaison au groupe contrôle (88 personnes pris en charge de manière standard), on observait dans le groupe RAI une moindre incidence d'hospitalisations durant les 12 mois de suivi, associée à une réduction de 20% des coûts totaux liés aux soins, même si les bénéficiaires du groupe RAI recevaient plus de prestations à domicile que le groupe contrôle (Landi F, 2001). Par ailleurs, les performances fonctionnelles et cognitives du groupe RAI étaient mieux préservées.

3.5 LE RAI EN SUISSE

La version suisse allemande du RAI-NH a été testée dès la fin des années 1990, et son utilisation s'est progressivement étendue en Suisse alémanique comme en Suisse romande depuis peu (Fribourg, Valais). Cependant, son utilisation reste parfois limitée aux aspects administratifs et financiers (classification des résidents en groupes d'iso-consommateurs selon leur profil), sans exploiter le volet clinique (échelles de performance, tableaux d'alarmes et planification des soins en conséquence), quand bien même cela va à l'encontre du concept sous-tendant la méthode RAI.

Parallèlement, suite à une phase pilote, l'association suisse des soins à domicile (ASSASD) a décidé d'adopter en 2003 le RAI-HC. La version suisse allemande s'est implémentée dans différents cantons alémaniques, tandis que la version suisse romande est progressivement utilisée dans les services de soins à domicile du canton de Vaud depuis 2004. Actuellement, la plupart des cantons utilisent le RAI-SAD, bien que toutes les organisations de soins à domicile ne l'aient pas encore adopté.

En Suisse, seuls les modules SAD et EMS mentionnés ci-dessus disposent d'une version française disponible pour une utilisation à large échelle (voire **Tableau 5** ci-dessous). Le canton de Vaud teste un module combiné « Soins aigus et post-aigus », issu de l'expérience menée en France, dans le cadre d'un projet pilote de réadaptation. En soins post-aigus aussi, un module d'évaluation spécifique à la Suisse alémanique y est utilisé dans 3 institutions (RAI-Transition Care). La version suisse allemande

du module « palliative care » est en phase de test et un module santé mentale (community mental health) est utilisé par les soins à domicile en Suisse alémanique et testé dans le canton de Vaud. Ainsi, comme cela a déjà été mentionné auparavant, différentes versions coexistent, avec une utilisation à petite échelle, ce qui rend difficile la recherche d'informations.

Tableau 5 Disponibilité en Suisse des différents modules RAI

Setting	Age cible	USA	CH-A[a]	CH-I[a]	CH-R[a]
Home care [b]	65+	X	X	X	X
Nursing home [b]	65+	X	X	X	X
Acute care [b]	65+	X	-	-	test
Post-acute care [b]	65+	X	-	-	test
Transition Care	-	-	X	-	-
Assisted Living [b]		X	-	-	-
Palliative Care [b]	18+	X	test	-	-
Community Health [b]	65+	X	-	-	-
Community Mental Health	18+	X	X	-	-
Mental health	18+	X	-	-	test
Emergency Screener for Psychiatry	18+	X	-	-	-
Contact Assessment/Emergency Department Screener	65+	X	-	-	-

a : CH-A : Suisse allemande/CH-I :Suisse Italienne/CH-R : Suisse Romande
b : Ces modules font partie de la suite intégrée interRAI, c.à.d. qu'il est possible de lier les informations (voire Tableau 6) lors du transfert du patient entre lieux de soins, versions InterRAI- sorties après 2005 (Source : interRAI, www.interrai.org)

3.5.1 L'adaptation des versions suisses

En Suisse, c'est l'entreprise Q-Sys (www.qsys.ch) qui distribue le logiciel RAI-soft pour le RAI-EMS, et assure la formation à l'utilisation du RAI-EMS. En revanche, l'organe de distribution du RAI-SAD varie selon les cantons.

3.5.1.1 Les MDS- version suisse romande

Une étape du présent travail a consisté à comparer les modules RAI-SAD et RAI-EMS dans leurs versions américaine originale et suisse romande. Deux processus sont à l'origine des différences observées : d'une part un choix différent quant à la version anglophone : le RAI-EMS est issu de la version RAI d'origine tandis que le RAI-SAD a été traduit de la version interRAI. Ce choix divergent à l'origine explique notamment que l'échelle utilisée pour l'évaluation des activités de la vie quotidienne soit différente. Par ailleurs, il est vraisemblable que quelques adaptations aient été réalisées lors de la traduction, notamment au niveau de la formulation des questions.

3.5.1.2 Le tableau d'alarme et les guides d'analyse

Le logiciel RAI-soft génère un tableau d'alarme servant de support à l'élaboration du plan d'intervention. Les manuels d'utilisation RAI-SAD et RAI-EMS décrivent les critères déclenchant les tableaux d'alarme générés par RAI-soft et donnent une vue d'ensemble de la relation entre les différents signaux d'alarme (InterRAI Corp, 2002 et 2003). Il est difficile d'évaluer les éventuelles adaptations réalisées au niveau de RAI-soft et du tableau d'alarme.

3.5.1.3 Les indicateurs de qualité

Les vingt-quatre indicateurs qui accompagnent le module RAI-EMS en Suisse sont les mêmes que ceux utilisés aux Etats-Unis, mais de nouveaux indicateurs sont en développement (information disponible sur le site www.qsys.ch). En ce qui concerne le RAI-SAD suisse, l'applicabilité des indicateurs développés par l'équipe interRAI a été évaluée en Suisse (Ruesch P, 2008). Dix-neuf indicateurs ont été retenus pour la Suisse : il s'agit de quinze indicateurs figurant parmi les vingt-deux indicateurs établis aux USA et de quatre nouveaux indicateurs. L'**Annexe 1** indique les indicateurs correspondant aux modules RAI-EMS et RAI-SAD.

3.5.1.4 Les groupes iso-ressources

Les groupes iso-ressources servent de base au financement des soins dans les établissements médico-sociaux qui utilisent le RAI. Le temps de soins donnés aux résidents selon le groupe RUG auquel ils appartiennent a été évalué dans des établissements suisses alémaniques au début des années 2000, et ne semble pas avoir été modifié depuis *(Commission Technique PLAISIR, 2009*). Les 44 RUGs définis originellement aux USA sont condensés en 12 classes de financement en Suisse pour correspondre au système déjà en place. Quant aux soins à domicile, ils sont actuellement facturés à l'acte, bien que le RAI-SAD permette également un financement forfaitaire par classification des bénéficiaires en groupes iso-ressources.

3.5.2 Noyau commun des modules RAI-EMS, RAI-SAD et RAI-SA

Comme mentionné précédemment, les différents modules RAI sont élaborés sur la base d'un noyau commun, jugé approprié quel que soit le lieu de soins. Ce noyau commun devrait permettre, dans une perspective individuelle, de récupérer les informations d'une personne tout au long de son parcours dans le réseau de soins, et dans une approche populationnelle, d'obtenir des informations comparables en provenance de milieux de soins différents. Il faut relever d'une part qu'il n'est pas aisé de d'obtenir une information précise sur ce noyau commun, notamment dans les modules traduits de l'anglais. D'autre part, la comparaison entre modules se révèle assez fastidieuse en raison du nombre élevé de questions, plus de 200 pour le RAI-EMS. Au vu de la diffusion à plus large échelle des modules RAI-SAD et RAI-EMS en Romandie, ce rapport cible plus particulièrement ces deux modules, dont la comparaison détaillée figure dans **l'Annexe 2.**

Le **Tableau 6** résume cette comparaison, section par section, et y ajoute le RAI-Soins Aigus (SA). Plus des trois-quarts des sections se retrouvent dans les trois modules. Quelques sections sont spécifiques à l'un ou l'autre module, par exemple la section sur l'aide fournie par l'entourage, qui n'est pertinente que pour la prise en charge à domicile, ou la section sur les occupations quotidiennes, utile en établissement médico-social. Au sein des sections communes, on observe des différences pour environ 20-50% des questions. Le plus souvent, il s'agit d'une formulation différente de la question, sans doute imputable à une adaptation lors de la traduction. Parfois, les modalités de réponse offrent un niveau de détail différent, ce que l'on peut attribuer aux différences entre les versions RAI et interRAI. L'information peut être considérée comme comparable pour l'évaluation des domaines suivants : profil cognitif, communication, vision, audition, humeur et comportement, activités de base de la vie quotidienne

(AVQB), continence, douleurs, chutes, état nutritionnel, escarre. Les quatre échelles de performance générées par RAI-soft sont les mêmes pour ces trois modules. Finalement, certaines informations démographiques ou sur les diagnostics et traitements sont sans doute consignées dans tous les milieux de soins, mais hors du périmètre du RAI.

Tableau 6 Synthèse de la comparaison des modules RAI-EMS, -SAD, et -SA

SECTION	RAI-EMS[a]	RAI-SAD[a]	RAI-SA[b]	REMARQUES
AA. IDENTIFICATION/A. DONNEES RELATIVES A LA PERSONNE	√	√	√	
BB. INFORMATION PERSONNELLES/CC. INFORMATION BIOGRAPHIQUE	√ (manque détail sur directives anticipées)	√ (manque activité professionnelle)	√ (infos sur hospitalisation)	50% des questions comparables entre RAI-EMS et -SAD, très court dans RAI-SA
B. CAPACITES COGNITIVES	√	√	√	Plus de détails sur delirium dans RAI-EMS
C. COMMUNICATION/AUDITION	√	√	√	
D. VISION	√	√	√	
E. HUMEUR ET COMPORTEMENT	√	√	√	Moins détaillé dans RAI-SA
F. BIEN-ETRE PSYCHO-SOCIAL	√ (non inclus : changement dans les activités sociales, sentiment de solitude)	√ (non inclus : rôles dans le passé, occupations)	-	50% des questions comparables entre RAI-EMS et RAI-SAD, absent dans RAI-SA
G. SOUTIEN INFORMEL	-	√	√	Absent dans RAI-EMS, très limité dans RAI-SA
H. CAPACITES PHYSIQUES				
IAVQ	-	√	√	Absent dans RAI-NH
AVQ	√	√	√	Plus de détails sur aides au déplacement dans RAI-EMS
MOBILITE (MS + MI)	√	√	√	Pas d'item spécifique dans RAI-EMS et RAI-SA
I. CONTINENCE	√	√	√	
J. DIAGNOSTICS MEDICAUX	√	√	√	Liste de diagnostics et organisation en partie différentes
K. ETAT DE SANTE	√	√	√	Liste de symptômes différente, plus de détails sur chutes dans RAI- EMS
L. ETAT NUTRITIONNEL	√	√	√	Plus de détails dans RAI- EMS
M. ETAT BUCCO-DENTAIRE	√	√	-	Absent dans RAI-SA
N. ETAT DE LA PEAU	√	√	√	Plus de détails sur escarres dans RAI- EMS
O. ENVIRONNEMENT	-	√		Absent dans RAI- EMS
P. UTILISATION DES SERVICES PROFESSIONNELS	√	√		Environ 50% des questions comparables
Q. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX/SPECIAUX	√	√	√	Principaux indicateurs comparables (RAI- EMS et – SAD)

a : versions suisse romandes b : version interRAI Acute Care 2006

3.5.3 Avantages et désavantages liés à l'utilisation du RAI en Suisse

L'utilisation du RAI en Suisse étant encore à ses débuts, il n'y a que peu de données publiées concernant les bénéfices potentiels de cette approche dans notre pays. En Suisse allemande, un protocole de prise en charge des troubles dépressifs a été mis en place dans un établissement médico-social utilisant le RAI-EMS, et les soignants ont également reçu une formation relative à la dépression. Les résidents chez qui le MDS dépiste des troubles dépressifs sont évalués de manière plus précise, un traitement éventuel est considéré avec le médecin, et les soignants rediscutent avec le résidant de ses préférences en matière d'activités. La prévalence de l'indicateur dépression a alors diminué de 42 % à 28 %, une valeur restée stable par la suite *(Ischer AR, 2002).* On peut encore citer l'intérêt du RAI comme moyen de mettre en évidence des lacunes dans la qualité des soins. Par exemple, une étude a mis en évidence que les trois-quarts des résidents d'EMS présentant une démence recevaient un traitement antipsychotique, alors que de nouveaux médicaments mieux tolérés seraient recommandés (*Lustenberger I, 2011*).

D'un point de vue pratique, les problèmes suivants ont été évoqués lors d'un entretien avec une infirmière responsable dans un établissement médico-social utilisant le RAI depuis plusieurs années:

- Une priorisation parfois inappropriée des problèmes : le RAI identifie des problèmes qui ne sont pas toujours considérés comme tels par le résident ou l'équipe dans le cadre de la philosophie de l'établissement axée sur l'élaboration du projet de vie du résident, alors que certains problèmes considérés comme significatifs ne sont pas reconnus.
- Un financement inadéquat: il n'est pas possible d'indiquer et de faire reconnaître le temps d'accompagnement infirmier, qui n'est pas directement lié à un soin particulier, et qui est souvent partagé entre plusieurs résidents. On pourrait aussi faire financer du temps infirmier en insérant des réponses erronées. Par exemple, si l'on coche l'item « résistance aux soins », plus de temps est financé. Alors qu'en fait, si l'on prend plus de temps pour s'occuper de la personne et que l'on respecte son rythme, il n'y a plus de résistance aux soins et au final un financement inférieur.

Par contre, comme c'est le cas depuis peu avec PLAISIR, les activités de communication au sujet du bénéficiaire (CSB) sont prises en compte.

Notons que l'implantation du RAI demande un investissement important. La formation de base pour effectuer des évaluations RAI-EMS est de 4 demi-journées théoriques, entre lesquelles les évaluateurs et évaluatrices effectuent des évaluations sur le terrain (information disponible sur le site de Q-sys). Le temps de formation est d'une durée analogue pour le RAI-SAD.

4 Autres instruments d'evaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes agees dans le reseau de soins

Les instruments comparés au RAI dans ce rapport sont d'une part ceux utilisés actuellement dans le canton de Vaud, soit le Document Médico-Social de Transmission (DMST) et l'outil Planification informatisée des soins infirmiers requis en EMS (PLAISIR). D'autre part, en l'absence d'un outil commun d'orientation des personnes âgées dans le canton de Vaud, la démarche d'orientation utilisée à Genève, le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) a également été comparée au RAI. Notons qu'une démarche d'évaluation globale standardisée est également effectuée dans les unités de soins post-aigus, mais qu'elle ne se réfère pas, actuellement, à un instrument unique et validé[b]. Pour cette raison, cette démarche n'est pas comparée au RAI dans ce rapport.

4.1 Planification Informatisee des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR)

4.1.1 Historique, objectifs, et concept d'utilisation

L'outil PLAISIR, développé au Canada, est utilisé dans les EMS du Canton de Vaud depuis la fin des années 1990. Il s'agit d'un système d'information clinico-administratif fournissant un profil bio-psycho-social du résident, qui inclut les maladies et les incapacités fonctionnelles. Sur la base de standards de prise en charge, le logiciel PLAISIR évalue les soins infirmiers et d'assistance requis pour répondre aux besoins bio-psychosociaux du résident et en estime la durée en minutes. Ainsi, le logiciel PLAISIR génère un plan des actions de soin requises. Les données sont exclusivement traitées par l'entreprise propriétaire de l'outil au Canada, l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS). Toutes les évaluations sont soumises à un contrôle de qualité via le logiciel PLAISIR.

Le système classe les résidents selon leur profil en 12 classes iso-ressources utilisées pour le financement des soins. Les 80 variables utilisées pour cette classification sont également présentes dans le RAI, sous une forme un peu différente.

Finalement, des indicateurs de la qualité des soins ont été développés (Berthou A, 2010):

- Prévalence des escarres de décubitus
- Utilisation de sondes vésicales
- Suivi de l'autonomie (mobilité, orientation, AVQ)
- Prévalence des problèmes psychologiques
- Soins infirmiers de mobilisation et de réadaptation
- Proportion de changements de classe

Notons que l'implantation de PLAISIR demande un investissement comparable à celle du RAI. La formation de base pour effectuer des évaluations est de 2 jours en groupe, auxquels s'ajoutent 2 jours de formation individuelle sur le terrain (Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé, 1993). L'évaluation par PLAISIR demande environ une heure à un évaluateur expérimenté.

---

[b] Il s'agit d'un ensemble d'outils permettant d'appréhender les domaines d'intérêt, soit les capacités fonctionnelles et les facteurs de risque de déclin fonctionnel. Il y a donc un recoupement important avec le contenu du RAI.

4.1.2 Avantages et désavantages liés à l'utilisation de PLAISIR

Il existe une différence conceptuelle entre les outils PLAISIR et RAI. PLAISIR estime les soins requis, de l'avis des professionnels, pour répondre aux besoins du résident, plutôt que les soins qui lui sont effectivement délivrés, comme c'est le cas avec le RAI. Le système PLAISIR suggère des standards associés à chaque type de soins (par exemple la fréquence, etc…), et le non-respect de ces standards doit être justifié (Institut de Santé et d'Economie, 1997). Seules les ressources médicales et de réadaptation sont enregistrées telles que réellement utilisées.

En 1994, une analyse des outils RAI et PLAISIR par M. Ch.Tilquin, alors président de l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS), propriétaire de PLAISIR, a identifié les avantages et désavantages de ces deux outils (Tilquin CH, 1994). Le principal avantage de PLAISIR serait de constituer une mesure valide, précise et transparente du niveau des soins requis au plan individuel. Par contre, PLAISIR comprend une collecte de données moins complète que RAI, et les données sont moins exploitées dans la prise en charge clinique.

En 1996, PLAISIR a été implanté dans plusieurs cantons romands (y compris Vaud) afin d'évaluer les avantages des informations recueillies en termes de connaissance des résidents d'EMS, mais aussi de support à l'allocation de ressources et à la dotation en personnel. Ce projet-test concluait que l'implantation de la méthode PLAISIR avait eu lieu sans difficultés insurmontables, que PLAISIR générait effectivement des informations utiles à la gestion des institutions et des soins, et que l'investissement initial important était probablement rentabilisé à moyen terme. Finalement, une adaptation au contexte et aux pratiques en Suisse a été suggérée (Institut de Santé et d'Economie, 1997). De nombreuses modifications ont été apportées au système PLAISIR depuis son implantation en Suisse Romande (information disponible sur le site www.isesuisse.ch). Par exemple, PLAISIR a été adapté récemment aux nouvelles exigences légales. D'une part, le temps de communication au sujet du bénéficiaire peut désormais être facturé. D'autre part, le volet relatif à la psychiatrie a été modifié. Par contre, la prise en considération du temps infirmier semble toujours insuffisante.

Une limite importante liée au fonctionnement actuel de PLAISIR est la difficulté d'intégrer les informations provenant de l'évaluation dans le plan de soins, en raison du délai de plusieurs semaines entre l'évaluation et la réception de son compte-rendu. Il se peut ainsi qu'il y ait de légères différences entre le plan de soins élaboré par les soignants en tenant compte des spécificités de l'établissement et le plan de soins requis déterminé par PLAISIR. Finalement, les algorithmes du logiciel (détermination des minutes, classification en groupes iso-ressources,..) ne sont pas connus, ce qui induit une certaine opacité du système.

En résumé, les instruments RAI et PLAISIR consistent tous deux en une évaluation standardisée dont les informations permettent, via un logiciel, d'élaborer un plan de prise en charge. Cependant, concernant PLAISIR, l'exploitation des informations dans la prise en charge clinique se révèle inexistante en pratique vu le délai entre l'évaluation et son compte-rendu.

4.1.3 Bilan de la comparaison RAI-EMS/PLAISIR

Les thèmes inclus dans la partie d'évaluation bio-psycho-sociale de PLAISIR sont en grande partie les mêmes que dans RAI-EMS : diagnostics et problèmes de santé, AVQ et mobilité, fonctions cognitives et psychologiques, intégration sociale, traitements reçus (**Annexe 3**). Dans l'ensemble, PLAISIR offre une évaluation moins détaillée que RAI. Ainsi, pour comparer PLAISIR à RAI, il est nécessaire d'aller chercher des informations dans les actions de nursing, le soin requis étant considéré comme la conséquence du problème (par exemple, l'évaluation précise d'éventuels problèmes d'incontinence ne peut se faire qu'en recherchant les actions de soins correspondantes, comme l'utilisation de moyens de protection). PLAISIR ne contient pas non plus d'informations sur les modifications de l'état de santé au cours des 90 jours précédant l'évaluation comme c'est le cas pour RAI.

4.2 LE DOCUMENT MEDICO-SOCIAL DE TRANSMISSION (DMST)

4.2.1 Historique, objectifs, et concept d'utilisation

Le DMST est un document cantonal standardisé utilisé systématiquement pour chaque transfert de personne âgée entre institutions de soins depuis une dizaine d'années[c]. Il fournit une évaluation fonctionnelle (grille d'autonomie), un bilan somatique et psychique de la personne, des indications sur ses habitudes de vie et sa prise en charge médicale (médecin-traitant et autres intervenants, médicaments), etc... Le DMST contient des informations utiles pour assurer la continuité dans la prise en charge d'un patient. Ce recueil d'informations est intégré à la base de données des Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation (BRIOs), mais n'est pas utilisé pour définir des profils d'utilisateurs, ni pour nourrir un algorithme d'orientation dans le réseau.

Une nouvelle version de ce document (DMST V2) est entrée en vigueur fin 2010. Elle a été élaborée dans le cadre du programme cantonal des réseaux de soins, en tenant compte de l'informatisation progressive des dossiers patient.

4.2.2 Avantages et désavantages liés à l'utilisation du DMST

La grille d'autonomie du DMST est critiquée parce que les définitions des items et des catégories de réponses sont insuffisantes, laissant trop de place à une interprétation subjective et nuisant à la qualité de l'information intégrée à la base de données des BRIOs. La situation semble améliorée avec la version actuelle du DMST (V2) assortie d'un mode d'emploi, qui ne définit cependant pas toujours précisément les possibilités de réponse. Dans ce contexte, il peut paraître souhaitable de s'appuyer sur l'évaluation fonctionnelle du RAI pour remplir la grille d'autonomie du DMST.

4.2.3 Bilan de la comparaison RAI/DMST

La comparaison des items de la grille d'autonomie du DMST et des items RAI correspondants (**Tableaux 7**) indique que presque la moitié des items de la grille d'autonomie se retrouvent dans le RAI. Si on ne considère que l'évaluation de l'autonomie dans les AVQ, la cohérence est meilleure (80% des items concordent), à condition de regrouper les catégories de réponses « dépendance importante » et « dépendance totale » du RAI (**Tableau 8**). La correspondance est moins bonne pour l'évaluation sociale (une question dans DMST, plusieurs dans RAI) et cognitive. Notons que le DMST contient 4 questions sur les facultés mentales, tandis que le RAI comprend des questions spécifiques sur les signes d'état confusionnel ou de troubles cognitifs. Au vu de ces différences, il est délicat d'utiliser les informations du RAI pour remplir le DMST et il serait préférable de modifier la grille fonctionnelle du DMST en la remplaçant par les items du RAI.

---

[c] Informations et formulaire DMST accessibles à l'adresse : http://www.vd.ch/themes/sante-social/services-de-soins/reseaux-de-soins/document-de-transmission

4.3 OUTIL SYSTEME DE MESURE DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE (SMAF)

4.3.1 Historique, objectifs, et concept d'utilisation

Comme mentionné précédemment, le canton de Vaud ne dispose pas d'un outil commun d'orientation. Dans ce contexte, l'intérêt s'est porté vers la démarche PRISMA-7/SMAF, développée au Canada[d] et utilisée à Genève. Elle consiste en un outil de dépistage de 7 questions, PRISMA-7, issu du Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA), qui détecte les personnes en perte d'autonomie. Chez ces dernières, l'évaluation est complétée par l'instrument canadien Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). La grille SMAF fournit une évaluation multidimensionnelle des capacités et des ressources des individus quel que soit leur milieu de vie. Le logiciel e-smaf classe les individus dans 14 profils différents, rassemblés en 4 groupes. Cette procédure dérive d'une analyse de classification de type cluster analysis. Pour chacun des 14 profils iso-SMAF, les caractéristiques d'un profil sont celles le plus souvent observées dans la population du profil en question, et ne correspondent donc pas forcément aux caractéristiques observées au niveau individuel. Dans le canton de Genève, des options de soins ont été développées pour chacun des 4 groupes par un processus de consensus intégrant les membres du réseau de soins.

4.3.2 Avantages et désavantages liés à l'utilisation du SMAF

En postulant l'implantation du RAI dans différents milieux de soins (SAD, EMS, hôpital, etc..), la démarche d'orientation liée au SMAF pourrait être intéressante pour autant qu'on puisse recréer les profils SMAF à partir du RAI. Le SMAF pourrait aussi servir à la planification si l'on estime la prévalence de chaque profil et qu'on y associe des options de soins.
Cependant, et comme mentionné ci-dessus, la classification en profils SMAF ne correspond pas aux caractéristiques individuelles, mais aux caractéristiques les plus fréquentes des individus qui constituent chaque groupe. La démarche d'orientation, et les options de soins associées peuvent ainsi se révéler plus ou moins appropriées selon les différences entre le profil de l'individu et celui du groupe iso-ressource dans lequel il est classé. Là encore, il semble que l'information sur les algorithmes de classification soit assez difficile d'accès.

4.3.3 Bilan de la comparaison RAI/SMAF

Les items du SMAF figurent presque tous dans le RAI-SAD (si l'on utilise le RAI-EMS, manquent les informations quant aux AVQI (**Tableaux 7 et 8 et comparaison détaillée en Annexe 4**). Cependant, on observe une différence au niveau des possibilités de réponse: le RAI n'intègre pas la modalité « autonome, mais avec difficulté ». En considérant cette catégorie de réponse comme comparable à « autonome », le niveau d'autonomie fonctionnelle de certains individus se verrait alors légèrement surestimé.

---

[d] Informations accessibles à l'adresse : http://www.expertise-sante.com/demarche-smaf.htm

Tableau 7 Comparaison des items d'évaluation de l'indépendance fonctionnelle et de la mobilité dans le RAI-SAD, le DMST et le SMAF

Domaine	RAI-SAD		DMST		SMAF	
AVQ DE BASE	H2	manger, boire	1	manger, boire	1	se nourrir
	H2	bain, douche	2	se laver	2	se laver
	H2	s'habiller	3	s'habiller	3	s'habiller
	H2		4	se déshabiller		
	H2	hygiène personnelle	5	entretenir sa personne	4	entretenir sa personne
	H2	continence urine	6	continence vésicale	5	fonction vésicale
	H2	continence selles	7	continence intestinale	6	fonction intestinale
	H2	utilisation des toilettes	8	utiliser les toilettes	7	utiliser les toilettes
TACHES	H1	ménage courant	2	entretenir son logement	1	entretenir la maison
DOMESTIQUES	H1	préparation des repas	3	préparer les repas	2	préparer les repas
	H1	faire les courses	4	Faire les courses	3	faire les courses
		-	5	Faire la lessive	4	faire la lessive
	H1	usage du téléphone	1	utiliser le téléphone	5	utiliser le téléphone
	H1	utilisation moyens de transports	4	utiliser les moyens de transport	6	utiliser les moyens de transport
	H1	gestion des médicaments	6	prendre ses médicaments	7	prendre ses médicaments
	H1	gestion de l'argent	7	gestion administrative	8	gérer son budget
			8	gérer ses liens sociaux		
MOBILITE	H2	Transferts (lit-fauteuil-debout)	1	changer de position (au lit)	1	transferts (lit-fauteuil-debout)
	H2	marcher à l'intérieur	2	se déplacer à l'intérieur	2	marcher à l'intérieur
					3	installer prothèse
	H2	déplacement en fauteuil roulant à l'intérieur			4	se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur
	H2	monter/descendre les escaliers	5	utiliser les escaliers	5	utiliser les escaliers
	H2	déplacement à l'extérieur[e]	3	se déplacer a l'extérieur	6	circuler à l'extérieur
			6	utilisation de l'élévateur		
			7	utiliser moyens auxiliaires		
COMMUNICATION	D1	vision	1	Voir	1	voir
	C3	audition	2	entendre	2	entendre
	C1	se faire comprendre	4	compréhension	3	parler
FONCTIONS MENTALES	B1	mémoire court terme	1	mémoire	1	mémoire
	B2	mémoire procédurale				
	B3	signes d'état confusionnel	2	orientation dans le temps	2	orientation
			3	orientation dans l'espace		
	C2	comprendre les autres	4	compréhension	3	compréhension
	B2	facultés cognitives pour les décisions courantes			4	jugement
	E2	déambulation/errance			5	comportement
	E2	agressivité verbale				idem
	E2	agressivité physique				idem

[e] Y inclus en fauteuil roulant

Domaine	RAI-SAD		DMST	SMAF
	E2	comportement socialement inapproprié		idem
	E2	résistance aux soins		idem

Tableau 8 Comparaison des possibilités de réponses pour l'évaluation de l'indépendance fonctionnelle et de la mobilité dans le RAI, le DMST et le SMAF

RAI-SAD/-EMS		DMST		SMAF	
0	Indépendant	1	autonome	0	seul
				-0.5	avec difficulté
1	stimulation, surveillance	2	stimulation, surveillance	-1	stimulation, surveillance
2	dépendance partielle	3	exige de l'aide	-2	aide partielle
3	dépendance importante				
4	dépendance totale	4	dépendant	-3	aide totale

5 IMPLICATIONS DE L'INTRODUCTION GÉNÉRALISÉE DU RAI

Les différents instruments d'évaluation des personnes âgées comparés au RAI dans ce rapport incluent en grande partie les mêmes domaines, notamment : les performances physiques et la mobilité, les performances cognitives, les fonctions sensorielles (audition/vision), l'humeur, le réseau et la participation sociale, les maladies et la prise de médicaments. Les éventuelles déficiences dans ces domaines sont évaluées par des items souvent très proches entre les différents instruments. Cependant, le degré de détail des questions ou des possibilités de réponse varie et rend le transfert d'informations d'un instrument à l'autre quelque peu délicat, quand il ne s'accompagne pas d'une perte de détail de l'information. Par ailleurs, certaines implications du remplacement des instruments actuels par le RAI sont difficiles à cerner, l'information les concernant étant peu accessible (expériences des acteurs du terrain, relatives notamment aux aspects pratiques, traitement des données par les logiciels développés pour ces différents instruments d'évaluation et implications relatives au financement et à l'allocation des ressources).

5.1 IMPLICATIONS DE L'INTRODUCTION GENERALISEE DU RAI-SAD

L'utilisation du RAI-SAD se déploie actuellement dans le canton de Vaud. Cela devrait favoriser une prise en charge de qualité des bénéficiaires de soins à domicile, notamment via l'identification et la prise en charge systématique de problèmes qui n'auraient peut-être pas été détectés sans évaluation RAI. Il pourrait être intéressant de documenter cet impact chez des usagers de longue date des soins à domicile.

Cette collecte de données standardisée constitue aussi un avantage dans la perspective de l'élaboration d'un système d'information sanitaire. De plus, dans le cas de bénéficiaires de soins à domicile transférés vers un autre lieu de soins, il serait envisageable de remplir la grille d'autonomie du DMST à partir de l'évaluation fonctionnelle du RAI-SAD, ou, préférablement, de remplacer la grille d'autonomie par les items d'évaluation fonctionnelle du RAI.

5.2 IMPLICATIONS DE L'INTRODUCTION DU RAI-EMS

Même si PLAISIR et RAI fonctionnent tous deux comme des outils d'évaluation clinico-administratifs, le remplacement de PLAISIR par le RAI-EMS signifierait pour les EMS un système d'évaluation et une logique de financement différents, ainsi qu'une rupture dans les récoltes d'informations et le suivi d'indicateurs collectés au cours des ans. Les effets sur le financement des soins, soit le classement des résidents dans une même catégorie de financement par PLAISIR et RAI-EMS, doivent être étudiés. L'utilisation du RAI est favorable à une meilleure qualité des soins, les informations recueillies étant mieux intégrées à la prise en charge clinique, via la production du tableau d'alarme et l'utilisation des guides d'analyse. Un autre avantage de l'introduction du RAI-EMS serait de faciliter la transmission d'information lorsqu'une personne recevant des soins à domicile est admise pour un court- ou long-séjour en EMS, ou qu'un résident d'EMS est hospitalisé. L'implantation complète du système RAI, soit les volets d'évaluation et de prise en charge, nécessite des moyens importants dédiés à la formation des professionnels, comme c'est le cas pour PLAISIR lors de sa mise en place. Cependant, les bénéfices potentiels du RAI, en particulier au niveau de la qualité de la prise en charge des résidents, paraissent justifier cet investissement.

5.3 IMPLICATIONS DE L'INTRODUCTION DU RAI-SA

L'introduction du RAI en soins aigus renforcerait la culture de l'évaluation gériatrique, insuffisamment développée dans ces services pourtant confrontés à une patientèle de plus en plus âgée. Pour de nombreuses personnes âgées, en particulier celles qui ne sont pas suivies par les soins à domicile, une telle évaluation offrirait l'opportunité d'identifier et d'initier la prise en charge de problèmes gériatriques susceptibles de conduire au déclin fonctionnel, et qui restent aujourd'hui trop souvent non-diagnostiqués. L'utilisation du RAI à l'hôpital permettrait de partager un langage et des définitions communs aux différents lieux de soins, favorisant la continuité des soins lors des nombreux transferts de personnes âgées dans le réseau sanitaire.

Notons tout de même que le temps consacré à l'évaluation est potentiellement plus difficile à intégrer dans une dynamique de soins aigus, alors que les patients restent peu de temps dans le service. Une démarche préalable d'identification des patients pour qui la démarche RAI serait pertinente devrait être introduite en parallèle, à l'aide de l'outil RAI développé à cet effet (Emergency Department Screener).

Finalement, les données issues du RAI-SA seraient également utiles à des fins d'organisation et de planification des ressources hospitalières dédiées aux patients âgés, la Statistique Médicale des Hôpitaux étant insuffisante à cet égard.

6 CONCLUSION

Parmi les différents instruments d'évaluation des personnes âgées, le RAI a comme avantages de constituer un système d'évaluation et de prise en charge globales des personnes âgées, adapté aux différents milieux de soins, tout en générant des informations utiles au financement des soins, au monitorage de la qualité des soins, ainsi qu'au système d'information sanitaire. Ces diverses fonctions en font un outil reconnu au plan international comme en Suisse, où l'outil RAI-SAD a été adopté par l'Association Suisse des Soins à Domicile en tant qu'unique instrument d'évaluation et de prise en charge de ses bénéficiaires. L'existence de modules spécifiques aux lieux de soins, et la possibilité de transférer des informations standardisées durant le parcours du patient dans le réseau de soins rendent cet outil encore plus attrayant. Le système RAI soutient la culture de l'évaluation gériatrique globale et favorise la continuité des soins, deux éléments importants pour garantir une prise en charge de qualité de la population âgée. Son introduction en soins aigus et de long séjour serait une évolution favorable dans cette direction.

Les enjeux du remplacement des instruments actuels par le RAI existent à différents niveaux. Au niveau clinique, les bénéfices potentiels énumérés ci-dessus requièrent une implémentation complète du système RAI, soit les volets d'évaluation, mais aussi de prise en charge, parfois négligé. Ceci nécessite des moyens importants dédiés à la formation des professionnels. Ce type de formation constitue une étape nécessaire pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dans un système de santé où la culture de l'évaluation gériatrique globale standardisée est insuffisamment développée. A l'heure actuelle, les EMS du canton de Vaud consacrent des ressources non négligeables à l'évaluation PLAISIR pour une seule fonction financière, l'interprétation des données n'étant disponible qu'après un délai important.

Au niveau financier, les enjeux concernent plus particulièrement les établissements médico-sociaux, et doivent être étudiés dans le canton de Vaud. Un effet sur le financement des soins apparaîtrait si le classement des résidents dans une catégorie de financement diffère selon qu'on utilise PLAISIR ou RAI-EMS.

Comme mentionné précédemment, il est cependant délicat d'estimer certaines conséquences liées au changement d'instrument d'évaluation dans la mesure où l'information disponible est limitée. Ces effets devront être étudiés plus en détail et sur le terrain. Selon notre analyse, le transfert d'informations des outils actuellement utilisés dans le canton de Vaud (DMST/PLAISIR) vers le RAI et vice-versa est d'une précision insatisfaisante pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes âgées.

L'hétérogénéité et le manque de standardisation des instruments actuels nuisent aussi à l'élaboration d'indicateurs pertinents et fiables de la santé des personnes âgées, et rendent difficile des tâches de santé publique telles que l'adaptation des ressources sanitaires aux besoins de la population âgée. Ces constatations soutiennent l'implantation d'autres modules de la famille RAI, en EMS et à l'hôpital, dans une perspective d'organisation des soins en réseau. Une telle évolution s'inscrirait par ailleurs dans le cadre du développement d'instruments partagés, tels que le dossier patient informatisé. Comme mentionné ci-dessus, les ressources nécessaires pour assurer une bonne intégration de ces outils dans les pratiques cliniques sont importantes. Cependant, le déploiement généralisé du RAI pourrait offrir des bénéfices cliniques substantiels en renforçant la culture de l'évaluation gériatrique globale, un changement culturel qui apparaît actuellement comme indispensable dans tous les secteurs pour améliorer les soins aux personnes âgées.

7 REFERENCES

1. Achterberg WP, van Campen C, Pot AM, et al. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. Scand J Rehabil Med. 1999; 31:131-7. Review.

2. Bartelt G, Gilgen R, Dupasquier JN, Staudenmaier B. Projet pilote RAI-domicile sur mandat de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD). Q-Sys AG, St-Gallen, 2002.

3. Büla CJ, Wietlisbach V. Use of the Cognitive Performance Scale (CPS) to detect cognitive impairment in the acute care setting: concurrent and predictive validity. Brain Res Bull 2009; 80:173-178.

4. Berthou A. Indicateurs de qualité des soins issus de PLAISIR®. Présentation lors de la demi-journée de réflexion sur l'utilisation d'indicateurs de qualité dans la gestion des EMS, Institut de santé et d'économie, Lausanne, 15.3.2010.

5. Carpenter GI, Ikegami N, Ljunggren G, et al. RUG-III and Resource Allocation: Comparing the Relationship of Direct Care Time with Patient Characteristics in Five Countries. Age Aging 1997 ; 26-S2 :61-65.

6. Cerase-Feurra V. Le resident assessment instrument (RAI): un outil d'évaluation de la qualité des soins de longue durée. Gérontologie et société 2001 ; 99 : 161-177.

7. Commission technique intercantonale PLAISIR. Commentaires relatifs au rapport de Monsieur G.Bartelt « Définitions différentes des minutes et conséquences pour les adaptations dans le système RAI »- Février 2009. Accessible sous www.ise.ch--> CT PLAISIR.

8. Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé. PLAISIR 93, Manuel de référence, Profil bio-psycho-social des clients de soins prolongés et planification des soins infirmiers requis. Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS), Montréal, 1993.

9. Gilgen R, Garms-Homolova V. Resident Assessment Instrument (RAI): A system for client evaluation and documentation in long-term care--an overview. Z Gerontol Geriatr 1995; 28: 25-28.

10. Hawes C, Morris JN, Phillips CD, et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing 1997; 26-S2 : 19-25.

11. HIrdes JP, Fries BE, Morris JN, et al. Home Care Quality Indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. Gerontologist 2004; 44 : 665-79.

12. Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN , et al. Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Services Research 2008; 8: 277.

13. Holtkamp CC, Kerkstra A, Ooms ME, et al. Effects of the implementation of the resident assessment instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. Int J of Nurs Stud 2001; 6: 619-628.

14. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review BMC Health Services Research 2010; 10: 166.

15. Institut de Santé et d'Economie (ISE). CHORUS, Test de la méthode PLAISIR en Suisse Romande. Rapport final, mars 1997. Institut de Santé et d'Economie, Lausanne, 1997.

16. InterRAI Corporation. RAI-domicile version 2.0 : méthode d'évaluation pour les clients des services à domicile : guide d'évaluation. Rennes, Ed. ENSP, 2003.

17. InterRAI Corporation. RAI-institution version 2.0 : manuel de formation et guide d'utilisation. Rennes, Ed. ENSP, 2002.

18. Ischer AR, Schild H, Strebel E, et al. Erkennung und Behandlung von Depressionssymptomen bei Pflegeheimpatienten. Eine interdisziplinäre Herausforderung für Heimarzt und Pflegepersonal. Ther Umsch. 2002; 59: 367-70.

19. Landi F, Onder G, Tua E, et al. Impact of a New Assessment System, the MDS-HC, on Function and Hospitalization of Homebound Older People: A Controlled Clinical Trial. JAGS 2001; 49: 1288-93.

20. Lustenberger I, Schüpbach B, von Gunten A, et al. Psychotropic medication in Swiss nursing homes. Swiss Med Wkly 2011; 141: w13254.

21. Monod S, Hongler T, Castelli T, et al. Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile): ce que le médecin de premier recours doit savoir. Rev Med Suisse 2011: 7; 2176-83.

22. Mor V, Angelelli J, Jones R, et al. Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S. BMC Health Serv Res 2003; 3:20.

23. Paquay L, De Lepeleire J, Schoenmakers B, et al. Comparison of the diagnostic accuracy of the Cognitve Performance Scale (Minimum Data Set) and the Mini-Mental State Examination for the detection of cognitive impairment in nursing home residents. Int J Geriatr Psych 2007;22 :286-83.

24. Rapport « Politique cantonale Vieillissement et Santé », version finale du 12 janvier 2012, accessible sous : http://www.vd.ch/fr/autorites/departements/dsas/sante-publique/publications.

25. Ruesch P, Burla L, Schaffert R, Mylaeus M. « Indicateurs qualité de l'aide et des soins à domicile en Suisse sur la base de RAI-HC ». Zurcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winthertur, 2008.

26. Sgadari A, Morris JN, Fries BE, et al. Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. Age Ageing 1997; 26-S2 :27-30.

27. Stolle C, Wolter A, Roth G, et al. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. Z Gerontol Geriat 2011 ; DOI: 10.1007/s00391-011-0221-2 (online first).

28. Tilquin C. Description et analyse des outils RAI, RUGs et PLAISIR dans la perspective de leur utilisation dans un système d'information pour le secteur médico-social. EROS – Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé Inc., Montréal, 1994.

8 ANNEXES

8.1 ANNEXE 1 : INDICATEURS QUALITE ISSUS DE L'UTILISATION DU RAI

8.2 ANNEXE 2 : COMPARAISON DES MODULES RAI-EMS ET RAI-SAD

8.3 ANNEXE 3 : COMPARAISON DU MODULE RAI-EMS ET DE PLAISIR

8.4 ANNEXE 4 : COMPARAISON DES MODULES RAI-EMS/RAI-SAD ET DU SMAF

ANNEXE 1: INDICATEURS QUALITE ISSUS DE L'UTILISATION DU RAI

Domaine	RAI-NH USA[1] et RAI-EMS CH[2] (n=24)	RAI-HC USA[3] (n=22)	RAI-SAD CH[4] (n=19)
Cognition	Survenue de troubles cognitifs	cognition	cognition
		delirium	
Humeur/comportement	symptômes de dépression		
	symptômes de dépression sans traitement antidépresseur	humeur négative	humeur négative
	troubles comportementaux affectant les autres personnes		
Vision/audition			
Communication		problèmes de communication	problèmes de communication
		isolation sociale difficilement supportable	isolation sociale difficilement supportable
Continence/régulation intestinale	incontinence urinaire	incontinence urinaire	incontinence urinaire
	incontinence fécale		
	incontinence urinaire / fécale occasionnelle sans plan d'élimination		
	sonde urinaire		
	impaction fécale		
Infections	infection urinaire		
Nutrition	perte de poids	perte de poids	perte de poids problématique
	alimentation par sonde		
	déshydratation	déshydratation	déshydratation
		repas inadéquats	
Santé buccale			problèmes de santé buccale
Etat de la peau	ulcères cutanés	ulcères cutanés	ulcères cutanés
Douleurs		maîtrise insuffisante de la douleur	maîtrise insuffisante de la douleur
		fortes douleurs quotidiennes	fortes douleurs quotidiennes

[1] Liste extraite de Hutchinson AM, 2010.
[2] Selon le Manuel suisse RAI-Institution version 2.0
[3] Liste extraite de Hirdes JP, 2004.
[4] Liste extraite de Rüesch P, 2008.

Fonctionnement physique	déclin dans les AVQ «à perte tardive» (manger, …)		
	perte de mobilité		
	résidents alités		
		AVQ de base	AVQ de base
			AVQ instrumentales
		difficultés de mobilité au domicile	mobilité au domicile
		Potentiel de réadaptation, et absence de thérapie	
			détérioration de l’autonomie
		difficulté de mobilité, et absence de moyen auxiliaire	
Accidents	chutes	chutes	chutes
	Survenue de fractures	blessures, y.c.fractures	
Consommation de médicaments	Consommation de 9+ médicaments		
		absence de contrôle des médicaments	absence de contrôle des médicaments
Consommation de psychotropes	consommation d’antipsychotiques en l’absence de diagnostics psychotiques		
	consommation de somnifères/calmants		
	consommation de somnifères >2x/semaine		
Aide informelle			charge des aides informelles
Qualité de vie	Utilisation quotidienne de moyens de contrainte		
	Inactivité		
		signes de négligence	signes de négligence
Utilisation des services de santé		pas de vaccination contre la grippe	
		hospitalisation	

ANNEXE 2: COMPARAISON DES MODULES RAI-EMS ET RAI-SAD (versions suisse romandes)

QUESTIONS PROPRES AU RAI-EMS	NOYAU COMMUN (en rouge les différences n'empêchant pas la comparabilité)		QUESTIONS PROPRES AU RAI-SAD
	AA. RESIDANTE / SECTEUR A. DONNEES RELATIVES A LA PERSONNE **AB. INFORMATIONS BIOGRAPHIQUES**	**A. DATE D'EVALUATION**	
AA2. SEXE 1. masculin 2. féminin **AA3. DATE DE NAISSANCE** Jour Mois Année **AA6. DATE D'ADMISSION** Jour Mois Année **AA7. NUMÉRO DE LA RESIDANTE** Numéro interne **AA8. MÉDECIN TRAITANT** Nom du médecin traitant **A2. UNITÉ DE SOINS** _ _ _ _ _ **A5. ÉTAT CIVIL ET FAMILIAL** 1. JAMAIS MARIÉE 2. MARIÉE 3. VEUVE 4. SEPARÉE 5. DIVORCÉE 6. AUTRE **AB4. CODE POSTAL + NOM DU DERNIER LIEU DE RÉSIDENCE** **AB5. LIEUX DE SÉJOUR DURANT LES 5 DERNIERES ANNÉES** Cochez tous les endroits, dans lesquels la résidante a séjourné durant les 5 dernières années. **a. Déjà une fois dans cette institution** **b. Dans d'autres maisons de retraite, EMS, appart. collectifs pour pers. âgées** **c. Autre institution** **d. Hôpital ou clinique psychiatrique** **e. Institution pour handicapés mentaux** **f. RIEN DE CELA** **g. Ne veut pas faire de déclaration** **AB6. ACTIVITES PROFESSIONNELLES** (Séparez les différentes activités professionnelles avec " / ") Codez «9» quand la résidante ne veut pas faire de déclaration. **AB8. LANGUE MATERNELLE** **a.** 0. Allemand 1. Français 2. Italien 3. Autres (voir b) 9. Ne veut pas faire de déclaration **b. Autres** précisez **A10. DIRECTIVES ANTICIPÉES DES PATIENTES** Cochez tout ce qui convient. **a. Pas de directives anticipées des patientes (passer aux point A10i)** **b. Directives anticipées des patientes disponibles** **c. Copie accessible disponible** **d. Contenu des directives anticipées des patients connu des soignants** **e. Contenu connu du médecin traitant** **f. Contenu connu des proches** **g. Directives anticipées des patientes actuelles (la date ne doit pas dépasser 2 ans)** **h. La résidante souhaite adapter les directives anticipées des patients** **i. Le thème n'a pas été évoqué avec la résidante** **j. La résidante ne souhaite pas faire de déclaration à ce sujet**	**AA1. NOM** / **A1. NOM DE LA RESIDANTE** **a. Prénom** Prénom **b. Nom de famille** Nom de famille Date de naissance	**Nom** **Prénom**	
	A3. DATE DU MDS d'observation du MDS Date du dernier jour de la période d'obs. du MDS Jour Mois Année	**A1. DEBUT DE LA DOCUMENTATION** Jour Mois Année	
	A8. MOTIFS DE L'ÉVALUATION 1. Evaluation initiale 2. Evaluation annuelle 3. Changement significatif d'état 4. Correction de la dernière évaluation globale	**A2. RAISON DE L'EVALUATION** 1 = première évaluation, à l'admission 2 = réévaluation (évaluation de suivi) 3 = changement de l'état de la cliente 4 = correction 5 = autre	
	AB2. ADMISSION DE 1. Domicile privé / Appartement / Appartement pour personnes âgées sans aide à domicile 2. Domicile privé / Appartement / Appartement pour personnes âgées avec aide à domicile 3. Résidence avec prestations internes 4. Maison de retraite / EMS 5. Hôpital 6. Hôpital ou clinique psychiatrique 7. Clinique de réadaptation 8. autres que points 4 à 7. Foyer collectif	**A3. Situation de la cliente** **b. Où vit la cliente au moment de l'intervention du SAD?** 1. Domicile privé/appartement /appart. pour pers. âgées (sans précédente intervention du centre d'aide et de soins à domicile) 2. Domicile privé/appartement/appart. pour pers. âgées (avec précédente intervention du centre d'aide et de soins à domicile) 3. logements encadrés avec prestations de service 4. maison de retraite médicalisée, EMS 5. autre endroit	**c. Séjour à l'hôpital – La cliente a-t-elle été, dans les 90 derniers jours, à l'hôpital ou dans une clinique?** 0 = Non, pas de séjour à l'hôpital dans les 90 derniers jours 1 = Oui, sortie au cours des 31-90 derniers jours 2 = Oui, sortie au cours des 8-30 derniers jours 3 = Oui, sortie au cours des 7derniers jours
	AB3. VIVAIT SEULE 0. Non 1. Oui 2. En institution ou autres foyers collectifs 9. Ne veut pas faire de déclaration	**a. Avec qui vit la cliente au moment de l'intervention du SAD?** 1 = seule 2 = avec conjoint 3 = avec conjoint et autres (enfants, parents, amis) 4 = avec enfants, sans conjoint 5 = avec autre membre de sa parenté 6 = vit en groupe avec des non-parents	
	A9. DELEGATION LEGALE **a. Tutelle** **b. Conseil légal** **c. Curatelle** **e. Membre de la famille responsable** **f. Résidante elle-même responsable** **g. Procuration à une personne de confiance**	**R1. RESPONSABILITES** Le client a un représentant légal (tuteur, curateur) 0. non 1.oui 9. la cliente ne répond pas	**R2. DIRECTIVES ANTICIPEES** Le client a exprimé des volontés pour l'avenir (p.ex. : ne veut pas être hospitalisé, ou placé en institution) 0 = non 1 = oui 8 = non pertinent pour la situation 9 = la cliente ne répond pas
	SECTEUR AC: HABITUDES DE VIE		
AC2. DE QUI PROVIENNENT LES DÉCLARATIONS RELATIVES AUX HABITUDES DE VIE ? **AC3. QUI A CONDUIT L'ENTRETIEN CONCERNANT LES HABITUDES DE VIE ?**	**AC1. HABITUDES DE VIE** Durant l'année précédant la date d'entrée dans l'établ., ou la dernière année au domicile, si la résidante est transférée d'un autre établ. 0. NON / 1.OUI / 9. ICONNU / NE VEUT PAS FAIRE DE DECLARATION **DEROULEMENT DE LA JOURNEE** **a. Allait au lit après 21 heures** **b. Faisait régulièrement une sieste durant la journée (d'au moins 1 heure)** **c. Sortait au moins une fois par semaine** **d. Avait des hobbies ou réalisait des tâches quotidiennes** **e. Passait la plupart de son temps seule, ou devant la télévision** **f. Se déplaçait dans la maison ou l'appartement de façon autonome (avec aide, si nécessaire)** **g. Fumait quotidiennement** **HABITUDES ALIMENTAIRES** i. Habitudes alimentaires particulières / préférences alimentaires j. Mangeait, grignotait entre les repas quotidiennement / souvent k. Buvait des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine **HABITUDES QUOTIDIENNES** m. Passait presque toute la journée en pyjama / robe de chambre n. Allait aux toilettes chaque nuit / presque chaque nuit o. Allait à la selle irrégulièrement p. Se douchait de préférence, plutôt que de se baigner q. Se baignait / se douchait le soir **RELATIONS / PARTICIPATION** s. Avait un contact quotidien avec ses proches / amis t. Prenait part à des activités d'ordre religieux u. Trouve un appui / une force dans la Foi v. Avait des relations quotidiennes avec des animaux w. Participait à des activités collectives	**K7. HABITUDES DE VIE** 0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas **a. dans les 3 DERNIERS MOIS, la cliente buvait un verre dès son réveil le matin ou a eu des problèmes liés à l'alcool?** **b. la cliente fume quotidiennement**	

B. CAPACITÉS COGNITIVES / B. ETAT COGNITIF

B1. COMA
0. Non / 1. Oui
Si B1 = 1: continuez au point G1

B3. MEMOIRE / CAPACITES DE SE SOUVENIR
(Cochez toutes les réponses correspondant à ce que la résidante était capable de faire habituellement dans les 7 derniers jours.)
- **a. Donner les saisons**
- **b. Trouver sa propre chambre**
- **c. Se souvenir des personnes**
- **d. Savoir qu'elle se trouve dans une institution**
- **e. RIEN DE CELA**

B2. MÉMOIRE
(Si B1= 0. Non) - Se souvenir des acquis ou du savoir.
a. Mémoire à court terme: Souvenir après 5 minutes
0. CORRECT / 1. PROBLEME
b. Mémoire pour le déroulement des actions: Par exemple s'habiller
0. CORRECT / 1. PROBLEME

B1. MÉMOIRE ET CAPACITÉ DE RAPPEL - Coder le souvenir de ce qui a été appris ou était connu
a. Mémoire à court terme = semble se souvenir au bout de 5 minutes
0. Mémoire OK / 1. Problème de mémoire
b. mémoire procédurale = accomplit toutes ou la plupart des étapes d'une tâche sans indication pour les commencer
0. Mémoire OK / 1. Problème de mémoire

B4. CAPACITÉS COGNITIVES POUR LES DECISIONS QUOTIDIENNES
Prend des décisions dans le quotidien
0. AUTONOME – décisions logiques
1. PARTIELLEMENT AUTONOME – décisions avec quelques difficultés dans les situations nouvelles et inconnues
2. DEFICIENCE MOYENNE – reçoit des directives et de la surveillance
3. DEFICIENCE SEVERE – prend rarement ou jamais de décisions
Si B2a = 0 et B4 = 0 ou 1: continuez au secteur C

B2. FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES -
Comment la cliente prend-elle ses décisions pour organiser sa journée? (par ex., l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir)
0 = INDEPENDANTE - décisions logiques, raisonnables et sûres
1 = INDEPENDANCE ALTEREE - Quelques difficultés dans situations nouvelles uniquement
2 = LEGEREMENT DEFICIENTE - dans situations particulières, décisions pauvres ou risquées, a besoin d'indications ou de surveillance
3 = MOYENNEMENT DEFICIENTE - Décisions presque toujours pauvres ou risquées ; a besoin d'indications/surveillance continue
4 = GRAVEMENT DEFICIENTE - Ne prend pratiquement jamais de décisions

B5. REMARQUES CONCERNANT UN DELIRE / PERTE PERIODIQUE DE LA PENSEE / OU DE LA PERCEPTION DE LA REALITE
Une juste évaluation nécessite un entretien avec toute l'équipe, qui dispose directement des connaissances du comportement de la résidante pour cette période.
0. PAS OBSERVE
1. OBSERVE, mais PAS NOUVEAU
2. OBSERVE: Comportement dans les 7 derniers jours différent de l'état habituel (NOUVEAU OU DETERIORATION)
a. Attention changeante
c. Épisodes de discours incohérent
d. Période d'agitation
e. Période de léthargie
b. Variabilité de la perception de la réalité de l'environnement
f. Variations durant la journée des capacités cognitives

B3. SIGNES D'ETAT CONFUSIONNEL (DELIRIUM)
0. Comportement pas observé
1. Comportement observé, mais n'est pas nouveau (c. habituel)
2. Comportement observé, mais qui diffère du comportement habituel (p.ex. comportement nouveau ou détérioration)
a. FACILEMENT DISTRAIT (p.ex. difficulté de concentration, dévie de son sujet)
b. EPISODES DE DISCOURS INCOHERENT (p.ex. discours dénué de sens ou hors de propos, sautant d'un sujet à l'autre, sans suite logique)

B4. CHANGEMENT AIGU DES CAPACITES COGNITIVES EN COMPARAISON AVEC L'ETAT HABITUEL DE LA CLIENTE
– par ex. agitation, léthargie, difficile à réveiller, perception modifiée de l'environnement
c. FONCTIONS MENTALES VARIANT EN COURS DE JOURNEE (p.ex. tantôt mieux, tantôt pire, comportement tantôt présent, tantôt absent)

B6. MODIFICATION DES CAPACITES COGNITIVES
État, capacités et aptitudes sont comparées avec l'état de la résidante d'il y a 90 jours
0. PAS DE MODIFICATION
1. AMELIORATION
2. AGGRAVATION

B5. CHANGEMENT DES FACULTES COGNITIVES POUR LES DECISIONS COURANTES DANS LES 90 DERNIERS JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI CELLE-CI EST PLUS RECENTE)
0 = amélioré
1 = pas de modification
2 = détérioré
8 = ambigu

C. CAPACITÉS DE COMMUNICATION / AUDITION / C. COMMUNICATION / AUDITION

C2. AIDES ET TECHNIQUES POUR COMMUNIQUER
Cochez tous les points concernés.
- **a. Possède un appareil auditif et l'utilise**
- **b. Possède un appareil auditif, mais ne l'utilise pas régulièrement**
- **c. Utilise d'autre techniques (par exemple lire sur les lèvres)**
- **d. RIEN DE CELA**

C3. MODES D'EXPRESSION
Cochez tout ce qui est utilisé pour s'exprimer.
- **a. Langage**
- **b. messages écrits**
- **c. Langage des signes / écriture Braille**
- **d. Signes, gestes, sons**
- **e. Tableau, ardoise**
- **f. Autres**
- **g. RIEN DE CELA**

C1. AUDITION (Avec appareil auditif, si la résidante en utilise.)
0. ENTEND BIEN – conversations normales, télévision, téléphone, conversations de groupe
1. LEGÈRES DIFFICULTES dans un environnement bruyant
2. ENTEND UNIQUEMENT DANS CERTAINES SITUATIONS – quand l'interlocuteur hausse le ton et parle distinctement
3. GRAVEMENT DEFICIENT – n'entend rien ou pratiquement rien

C3. AUDITION (Avec appareil auditif, si utilisé, la cliente …)
0 = ENTEND BIEN – (conversation, T.V., téléphone, sonnette)
1 = DIFFICULTES MINIMES – dans un environnement bruyant
2 = N'ENTEND QUE DANS DES SITUATIONS PARTICULIERES.L'interlocuteur doit modifier le ton et articuler
3 = ATTEINTE GRAVE – n'entend pratiquement rien

C4. SE FAIRE COMPRENDRE
Capacités d'expression, quelle qu'en soit la manière.
0. EST COMPREHENSIBLE
1. EST SOUVENT COMPREHENSIBLE
2. EST PARFOIS COMPREHENSIBLE
3. EST RAREMENT / JAMAIS COMPREHENSIBLE

C1. SE FAIRE COMPRENDRE
La cliente se fait-elle comprendre par les autres?
0 = EST COMPRISE
1 = EST GENERALEMENT COMPRISE – difficultés à trouver ses mots et aller au bout de sa pensée ; mais si on laisse du temps, peu ou pas d'aide requise
2 = EST SOUVENT COMPRISE– difficulté à trouver les mots et aller au bout de la pensée ; aide en général nécessaire
3 = EST PARFOIS COMPRISE – capacité limitée à l'expression de demandes concrètes
4 = RAREMENT OU JAMAIS COMPRISE

C7. MODIFICATION DES CAPACITES DE COMMUNICATION ET DE L'AUDITION Les capacités d'expression, de compréhension et d'audition sont comparées avec l'état de la résidante d'il y a **90 jours** 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION	**C6. CAPACITÉ À COMPRENDRE LES AUTRES** Capacités de compréhension – quelle qu'en soit la manière. 0. COMPREND 1. COMPREND SOUVENT - pas toujours toute la signification de l'information 2. COMPREND PARFOIS - uniquement des directives et questions simples 3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS	**C2. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES** 0 = COMPREND 1 = COMPREND SOUVENT - PAS TOUJOURS TOUTE LA SIGNIFICATION DE L'INFORMATION 2 = COMPREND PARFOIS - UNIQUEMENT DES DIRECTIVES ET DES QUESTIONS SIMPLES 3 = COMPREND RAREMENT OU JAMAIS
	D. CAPACITÉ VISUELLE	**D. VISION**
D2. RETRECISSEMENT DU CHAMP DE VISION Problème de vision latérale - champ visuel rétréci (par ex. laisse de la nourriture sur le côté, se cogne contre d'autres personnes, contre les encadrements de 0. AUCUN PROBLEME 1. PROBLEME **D3. AIDES A LA VISION** Lunettes, lentilles de contact, loupe grossissante 0. N'UTILISE PAS D'AIDE VISUELLE 1. UTILISE UNE AIDE VISUELLE	**D1. VISION Capacité visuelle avec un éclairage adéquat, si besoin avec lunettes ou autre aide visuelle** 0. BONNE – voit les petits détails, y compris les caractères standard d'imprimerie des journaux / livres 1. LEGEREMENT DEFICIENTE – ne distingue que les grands caractères d'imprimerie dans les journaux / livres 2. MOYENNEMENT DEFICIENTE – incapable de lire les gros titres des journaux, peut voir des objets dans l'environnement 3. FORTEMENT DEFICIENTE – on se demande si les objets dans l'environnement sont perçus, néanmoins elle suit les objets du regard 4. GRAVEMENT DEFICIENTE/ AVEUGLE – ne voit rien ou seulement des formes, elle ne suit pas les objets du regard	**D1. VISION - Capacité de voir, dans une lumière adéquate et avec lunettes, si utilisées** 0 = BONNE. Distingue les détails, y compris les caractères ordinaires des journaux/livres 1 = LEGEREMENT DEFICIENTE. Ne lit que les gros caractères des journaux/livres 2 = MOYENNEMENT DEFICIENTE. Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets 3 = TRES DEFICIENTE. Semble suivre les objets des yeux, mais on ne sait pas si elle les reconnaît 4 = GRAVEMENT ATTEINTE. Ne voit rien ou ne distingue que la lumière, les couleurs ou les formes. Ne suit pas les objets
	E. HUMEUR ET COMPORTEMENT	**E. HUMEUR ET COMPORTEMENT**
	E1. SIGNES DE DEPRESSION, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE Cochez ce qui concerne les 30 derniers jours. 0. NE S'OBSERVE PAS 1. NE S'OBSERVE PAS PLUS DE 5 FOIS par semaine 2. S'OBSERVE QUOTIDIENNEMENT OU PRESQUE, 6 ou 7 jours par semaine **EXPRESSION VERBALE DE L'ABATTEMENT**	**E1. SIGNES DE DEPRESSION, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE** 0 = pas manifestés dans les 3 derniers jours 1 = manifestés, mais pas dans les 3 derniers jours 2 = manifestés dans les 3 derniers jours 9 = la cliente ne répond pas
	a. Expressions concernant l'absurdité de la vie / le désir de mourir - par ex. "Rien n'a un sens", "Je préférerais être morte", "Pourquoi est-ce que je vis si longtemps?", "Laissez- moi mourir ! **e. Dépréciation de soi - par ex. "Je ne vaux rien!", "je suis inutile!"** **b. Expressions de perplexité** - par ex. "Qu'est-ce que je dois faire?"; "Qu'est-ce que je vais devenir?"	**a. Tient des propos négatifs**
	d. Colère perpétuelle envers soi-même ou envers les autres - par ex. mécontente avec soi-même ou avec les soins ou avec son placement en institution **c. Expressions répétitives et cris** - par ex. "laissez-moi partir!", "aidez-moi!"	**b. Colère continuelle envers soi-même ou envers les autres**
	f. Expression de peurs non fondées - peur existante qui s'exprime sans raison objective **g. Expression de pressentiment menaçant** - par ex. peur de mourir bientôt, peur d'avoir une crise cardiaque, peur de tomber	**c. Expressions de craintes paraissant non fondées**
E2. CONSTANCE DE L'HUMEUR Un ou plusieurs signes de l'humeur dépressive, anxieuse ou triste sont-ils modifiables? 0. AUCUN SIGNE 1. FACILEMENT MODIFIABLE 2. PAS FACILEMENT MODIFIABLE **E3. MODIFICATION DE L'HUMEUR** L'humeur est comparée par rapport à son état **90 jours** auparavant 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION **E5. MODIFICATION DES COMPORTEMENTS PROBLEMATIQUES** Le comportement est comparé par rapport à son état 90 jours auparavant 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION	**h. Exprime de façon répétitive de l'inquiétude au sujet de sa santé** - observe de façon maniaque ses fonctions corporelles, recherche constamment de l'aide médicale **i. Episodes répétés d'anxiété (non liés à la santé),** - recherche constamment de l'attention, l'approbation, par ex. concernant le déroulement de la journée, l'habillement **EXPRESSION NON VERBALE DE L'ABATTEMENT** **j. Est de mauvaise humeur le matin** **k. Insomnie / modification des habitudes de sommeil** **l. Mimiques exprimant la tristesse, la tension et l'inquiétude** **m. Pleurs, larmes** **n. Agitation motrice répétée - par ex. se tordre les mains, courir autour de quelque chose (faire les 100 pas), tripoter quelque chose** **o. Abandon des activités jusqu'alors appréciées** **p. Diminution des activités sociales**	**d. Plaintes somatiques répétées** **e. Visage exprimant tristesse, douleur, inquiétude**
	E4. COMPORTEMENTS PROBLEMATIQUES **Echelle A FREQUENCE** du comportement problématique 0. NE S'OBSERVE PAS 1. S'OBSERVE de 1 - 3 sur 7 jours 2. S'OBSERVE de 4 - 6 sur 7 jours 3. S'OBSERVE QUOTIDIENNEMENT **Echelle B CONSTANCE** du comportement problématique 0. NE S'OBSERVE PAS OU S'OBSERVE et était FACILEMENT MODIFIABLE 1. S'OBSERVE et n'était PAS FACILEMENT MODIFIABLE **a. Déambulation** **b. Agressivité verbale** **c. Agressivité corporelle** **d. Comportement social inadapté** **e. S'oppose au traitement / soins**	**E2. COMPORTEMENT PROBLEMATIQUE** 0 = non manifesté dans les 3 derniers jours 1 = manifesté, mais facilement maîtrisé 2 = manifesté et difficilement maîtrisé 9 = la cliente ne répond pas **a. déambulation/errance** **b. agressivité verbale** **c. agressivité physique** **d. comportement socialement inapproprié** **e. résistance aux soins**

F. BIEN-ÊTRE PSYCHO-SOCIAL

F3. RÔLES DANS LE PASSE

- **a. Forte identification à ses rôles antérieurs et son ancien statut**
- **b. Montre de la tristesse, de la colère, un sentiment de vide à cause de la perte de son rôle**
- **c. Se plaint de la différence entre ses occupations quotidiennes actuelles et ses habitudes antérieures.**
- **d. RIEN DE CELA**

F1. INITIATIVE / PARTICIPATION

- **a. Relation sans problème avec les autres personnes**
- **b. Se sent à l'aise lors d'activités planifiées et structurées**
- **c. Prend part aux activités qu'elle (la résidante) a elle-même initiées**
- **d. Se fixe des objectifs**
- **e. Prend part aux activités de l'institution; se sent intégrée à la vie de l'établissement**
- **f. Accepte les invitations à la plupart des activités de groupe**
- **g. RIEN DE CELA**

F2. RELATIONS

- **a. Conflit ouvert ou latent avec le personnel, critiques répétitives**
- **b. Malheureuse avec sa voisine de chambre**
- **c. Malheureuse avec les autres résidantes**
- **d. Parle des conflits et de la colère envers ses proches/amis**
- **e. N'a pas de contact personnel avec ses proches/amis**
- **f. Ne s'adapte pas facilement aux changements**
- **g. RIEN DE CELA**

F. FONCTION SOCIALE

F1. RELATIONS SOCIALES

Quand les activités suivantes ont-elles été effectuées?

0 = dans les 7 derniers jours
1 = dans le dernier mois
2 = auparavant ou pas du tout
9 = la cliente ne répond pas

a. Hobby ou activités liées à des intérêts de longue date

F3. RELATIONS CONFLICTUELLES

La cliente exprime ouvertement un conflit ou de la colère vis-à-vis de la famille ou des amis
0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas

b. Reçoit la visite d'amis ou membres de la famille
c. Contacts par téléphone ou e-mail avec des amis ou parents

F2. CHANGEMENT DANS LES ACTIVITES SOCIALES

Par rapport à il y a 3 mois, y a-t-il eu une diminution de l'implication dans des activités habituelles (sociales, religieuses, de loisir ou autres)?

0 = pas de diminution des activités sociales
1 = diminution, la cliente n'en souffre pas
2 = diminution, la cliente en souffre
9 = la cliente ne répond pas

F4. SOLITUDE

La cliente dit ou indique qu'elle se sent seule
0 = non 1 = oui 9 = la cliente ne répond pas

G. AIDE DE L'ENTOURAGE

G1. EXISTE-T-IL UN/DES AIDANTS PRINCIPAUX?

0 = aucun aidant 1 = un ou plusieurs aidants
si G1=0, sautez à la section H

G2 SITUATION DES AIDANTS 0 = ne s'applique pas 1 = s'applique

a. Le (les) aidant(s) ne peut plus continuer son aide
b. Le (les) aidant(s) exprime des sentiments de fardeau familial, colère ou dépression

G3 AIDE DONNEE - Notez ci-dessous les renseignements et le nb d'heures concernant l'aide donnée au cours des 7 derniers jours

(ne comptez que l'aide pour les AVQ, les soins infirmiers et la gestion des médicaments, sans l'aide aux autres AIVQ)

Nom de l'aidant informel	*a.............. ...*	*i. ....*
Relation avec la cliente	*b.............. ...*	*j. ....*
Nature de l'aide ou autre information u	*c................ ...*	*k. ....*
Nb. heures/ semaine	*d................ ...*	*l. ....*

G. CAPACITÉS PHYSIQUES / AVQ

Echelle B AIDE D'AUTRUI

- Codez l'aide **la plus élevée** donnée par le personnel

0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel
1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique**
2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE
3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES
8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE

G3. TEST D'EQUILIBRE (voir dans le manuel)

0. GARDE L'EQUILIBRE
1. INSTABLE, mais capable de se redresser toute seule
2. AIDE PARTIELLE pendant le test, ou se tient debout / assise, mais ne suit pas les instructions du test
3. NE PEUT PAS FAIRE LE TEST
9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST

a. Equilibre debout
b. Equilibre assis (contrôle du tronc)

G4. LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LIMITATIONS DU MOUVEMENT

Limitation dans les activités quotidiennes ou risque de se blesser

Echelle A MOBILITE

0. PAS DE LIMITATION
1. LIMITATION D'UN COTE
2. LIMITATION BILATERALE
9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST

Echelle B QUALITE DU MOUVEMENT

0. PAS DE PERTE
1. PERTE PARTIELLE
2. PERTE TOTALE
9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST

- **a. Cou/Nuque**
- **b. Bras (incluant épaule et coude)**
- **c. Main (poignet, doigts)**
- **d. Jambes (hanches, genoux)**
- **e. Orteils, chevilles**
- **f. Autres limitations, pertes**

G5. AIDES AU DEPLACEMENT

Cochez tous les points concernés

- **a. Aide à la marche (canne, déambulateur)**
- **b. Fauteuil roulant (l'utilise seule)**
- **c. Fauteuil roulant (poussé par une autre personne)**
- **d. Essentiellement dépendante de son fauteuil roulant**
- **e. RIEN DE CELA**

G1. AVQ (Activités de la Vie Quotidienne)

Echelle A PERFORMANCE / INDEPENDANCE

- Pendant les **7 derniers jours** et ce, pendant 24 heures

0. AUTONOME - La résidante a bénéficié ni de surveillance ni d'aide physique ou surveillance ou de l'aide physique n'a été donnée que 1 à 2 fois maximum.
1. SURVEILLANCE - La résidante a bénéficié 3x ou plus, de surveillance, d'instruction ou d'encouragement; l'aide physique n'a été donnée qu'une ou 2x maximum
2. DEPENDANCE PARTIELLE - aide physique ne nécessitant pas de la force. La résidante a reçu une aide physique ne nécessitant pas de force 3 x ou plus, ou une aide physique nécessitant de la force 2x au maximum.
3. DEPENDANCE IMPORTANTE - aide nécessitant de la force. La résidante a reçu une aide physique nécessitant de la force 3x ou plus
4. DEPENDANCE TOTALE - La résidante a reçu tous les jours de la semaine une aide totale pour la réalisation de cette IAVQ
8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE

a. Mobilité au lit - Changement de position, se tourner, monter ou descendre dans le lit, tout le corps doit toujours être sur le matelas

b. Transfert entre les objets d'ameublement - du lit, de la chaise, du fauteuil roulant et vice versa, se lever, s'asseoir au bord du lit. (excepté: tous les

c. Marche dans la chambre - Marcher dans sa propre chambre (sans utiliser un fauteuil roulant)

d. Marche dans le couloir - Marcher dans le couloir (sans utiliser un fauteuil roulant)

e. Se déplacer dans l'unité de soins - Déplacement de sa propre chambre vers d'autres pièces de l'unité de soins (Le déplacement en fauteuil roulant est également évalué ici)

f. Déplacement en dehors de l'unité de soins - Déplacement en dehors de l'unité de soins ou à l'extérieur de l'institution (Le déplacement en fauteuil roulant est également évalué ici)

g. S'habiller / se déshabiller - Enfiler / enlever ses vêtements pour la journée, fermer les boutons, mettre / enlever une prothèse, mettre des bas de contention, bander les jambes

h. Manger / Boire - De quelle façon mange / boit la résidante, y compris la nourriture par sonde

i. Utilisation des toilettes - Evacuation des selles et miction (toilettes, chaise percée, urinal, pot, protections): s'asseoir et se relever, se nettoyer, changer les protections, remettre ses vêtements en ordre, s'occuper de la stomie ou du cathéter

j. Hygiène personnelle - Comment la résidante prend soin d'elle-même, par ex. se lave et se sèche les parties du corps, se coiffe, se brosse les dents, se rase, se maquille (excepté le bain et la douche)

H. ETAT PHYSIQUE ET FONCTIONNEL

H2. AVQ

0 = indépendante (la cliente fait tout seule) ou préparation seulement
1 = surveillance, encouragement ou indications seulement
2 = dépendance partielle : cliente très participative, reçoit une aide ne nécessitant pas de force
3 = dépendance importante : cliente peu participative, reçoit une aide nécessitant de la force
4 = dépendance totale : cliente ne participe pas, activité entièrement faite par d'autres durant les 3 derniers jours
8 = l'activité n'a pas été accomplie

a. Mobilité dans le lit

b. Transfert (lit/chaise, se mettre debout)

c. Marche à l'intérieur sur le même étage

d. Déplacement en chaise roulante sur le même étage

e. Déplacement à l'extérieur (avec/sans chaise roulante)

f. s'ha de dépendance maximale dans les 7 derniers jours)

g. manger, boire

h. utilisation des toilettes

i. hygiène personnelle (bain/douche exclus)

H1. AIVQ

Codez la performance de la personne pendant les 3 derniers jours sous la capacité de performance effective observée (A). Codez également la capacité de performance présumée (B). Cette estimation implique une certaine partie de suppositions.

0 = indépendante, fait seule
1 = surveillance, supervision, directives, encouragement
2 = dépendance partielle, est parfois aidée
3 = dépendance importante, est toujours aidée
4 = dépendance totale, activité faite par autrui (lors de capacité de performance = dépendance totale)
8 = l'activité n'a pas été accomplie

Performance effective observée (A) / Capacité de performance présumée (B)

- **a. préparation des repas**
- **b. ménage courant**
- **c. gestion de l'argent (dans les 30 derniers jours)**
- **d. gestion des médicaments**
- **e. usage du téléphone**
- **f. faire les courses**
- **g. utilisation des moyens de transport**

H3. CHANGEMENT DE PERFORMANCE DES AVQ

La performance de la cliente dans les AVQ s'est-elle changée par rapport à il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente).

0 = amélioré 2 = détérioré
1 = pas de modification 8 = ambigu

H4. MONTER ET DESCENDRE LES ESCALIERS

Durant les 3 derniers jours, comment la cliente a-t-elle monté et descendu une ou plusieurs marches (en tenant la rampe si nécessaire)

0 = monte et descend sans aide
1 = monte et descend avec aide
2 = n'a pas monté ni descendu les escaliers

H5. VOLUME D'ACITIVITES

a. Endurance – Nombre d'heures d'activité physique (p. ex. : marcher, faire le ménage, exercices) durant les 3 derniers jours

0 = 2 heures ou plus (en tout)
1 = moins de 2 heures

b. Sortie de son domicile – Dans les 3 derniers jours, coder le nombre de jours où la cliente est sortie de son domicile, quelle

G6. TYPES DE TRANSFERTS

a. Grabataire la plupart du temps
b. Aide pour la mobilité au lit, pour entrer ou sortir du lit
c. Est soulevée manuellement avec force
d. Est soulevée avec des aides mécaniques
e. Est mobilisée grâce à des techniques individuelles adaptées et justifiées dans un concept
f. RIEN DE CELA

G7. REPARTITION DES AVQ

Certaines AVQ doivent être fractionnées, afin que la résidante puisse elle-même les réaliser

0. NON
1. OUI

G2. BAIN / DOUCHE Comment la résidante prend un bain, se douche, y compris la façon de rentrer dans la baignoire ou la douche (excepté le lavage du dos et des cheveux).

0. AUTONOME– n'a pas reçu d'aide
1. SURVEILLANCE – Surveillance / Instructions reçues
2. AIDE PHYSIQUE UNIQUEMENT POUR ENTRER OU SORTIR DU BAIN OU DE LA DOUCHE
3. AIDE PHYSIQUE POUR UNE PARTIE DU BAIN OU DE LA DOUCHE
4. DEPENDANCE TOTALE
8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE

j. bain, douche, toilette complète (coder l'épisode de dépendance maximale dans les 7 derniers jours)

que soit la durée de la sortie

0 = les 3 jours
1 = 1 ou 2 jours
2 = aucune sortie, mais la cliente sort habituellement de façon r
3 = la cliente ne sort jamais de son domicile

G8. POTENTIEL DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE AUX AVQ

a. La résidante pense pouvoir améliorer son autonomie dans les AVQ
b. Le personnel soignant pense que la résidante peut améliorer son autonomie dans les AVQ
c. La résidante est capable d'effectuer des AVQ, cependant très lentement
d. La résidante a des hauts et des bas durant la journée dans le déroulement de ses AVQ
e. RIEN DE CELA

H6. POTENTIEL FONCTIONNEL

a. La cliente se sent capable d'atteindre une indépendance accrue pour les AVQ et les AIVQ
b. Les aidants professionnels estiment que la cliente peut atteindre une indépendance accrue pour les AVQ et les AIVQ

H. CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS

H1. CATÉGORIE DE LA CONTINENCE / CONTRÔLE AUTONOME

Prendre en compte la situation pendant 24 heures.

a. Continence fécale – Contrôle des selles également en cas de stomie ou en cas de programme spécifique utilisé

0. CONTINENTE contrôle total
1. CONTINENTE LA PLUPART DU TEMPS - incontinente moins d'une fois par semaine
2. INCONTINENTE OCCASIONNELLEMENT - 1 fois par semaine
3. FREQUEMMENT INCONTINENTE 2 à 3 fois par semaine
4. INCONTINENTE toujours / presque toujours

I. CONTINENCE dans les 3 derniers jours

I2. SELLES - Contrôle des selles durant LES 3 DERNIERS JOURS

0 = CONTINENT – contrôle complet sans stomie
1= CONTINENTE AVEC STOMIE
2 = HABITUELLEMENT CONTINENTE – – n'est pas incontinente chaque jour
3 = INCONTINENTE AVEC RESTE DE CONTROLE – incontinente quotidiennement ; reste de contrôle possible
4 = INCONTINENTE : incontinente quotidiennement ; incontinence fécale : à peine encore de contrôle
8 = Aucune émission de selles durant les 3 derniers jours

H2. Elimination des selles

a. Elimination des selles, au moins une fois en trois jours
b. Constipation
c. Diarrhée
d. Fécalome
e. RIEN DE CELA

K1. PROBLEMES DE SANTE

0 = PAS PRESENT
1 = PRESENT, MAIS PAS DANS LES 3 DERNIERS JOURS
2 = PRESENT DANS LES 3 DERNIERS JOURS

b. constipation
a. diarrhée

b. Continence urinaire – Contrôle de la vessie, également au moyen d'aides (par ex. sonde urinaire)

0. CONTINENTE contrôle total
1. CONTINENTE LA PLUPART DU TEMPS - incontinente au maximum 1 fois par semaine
2. OCCASIONNELLEMENT INCONTINENTE - 2 voire plusieurs fois par semaine, mais pas quotidiennement
3. FREQUEMMENT INCONTINENTE - quotidiennement, un reste de contrôle peut être visible (par ex. le jour)
4. INCONTINENTE toujours, pas de contrôle

I1. URINES - Contrôle de la fonction urinaire de la vessie durant LES 3 DERNIERS JOURS

0 = CONTINENTE, contrôle complet. N'utilise aucun type de sonde ou de moyen pour recueillir les
1 = CONTINENTE AVEC CATHETER OU STOMIE
2 = HABITUELLEMENT CONTINENTE – n'est pas incontinente CHAQUE JOUR
3 = INCONTINENTE AVEC RESTE DE CONTROLE – incontinente quasi quotidienne ; reste de contrôle possible
4 = INCONTINENTE: contrôle inadéquat, mouillée plusieurs fois par jour
8 = Aucune émission d'urine provenant de la vessie

H3. AIDES / PROGRAMME

a. Plan pour la miction (individuel, documenté)
b. Plan pour l'élimination des selles (individuel, documenté)
c. Cathéter sus-pubien
d. Sonde urinaire transurétrale à demeure
f. N'utilise pas les WC / pas de chaises percées
g. Couches / protections
h. Lavements / Irrigations
i. Stomies (Intestin / Vessie)
j. RIEN DE CELA

I3. MOYENS DE PROTECTION 0 = non 1 = oui

a. sonde urinaire à demeure avec collecteur d'urine (y.c. sus pubienne)
b. sonde urinaire à demeure avec valve anti reflux
c. Penilex
d. cystostomie, néphrostomie, urétérostomie
e. stomie intestinale
f. protections (p. ex.: couches, serviettes hygiéniques)

I. DIAGNOSTICS MEDICAUX

I1. MALADIES

MALADIES DU METABOLISME ET DE LA NUTRITION

a. Diabète sucré
b. Hyperthyroïdie
c. Hypothyroïdie

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

d. Maladie coronariennes
e. Troubles du rythme cardiaque
f. Insuffisance cardiaque
g. Thrombose veineuse
h. Hypertension artérielle
i. Hypotension artérielle
j. Pathologies artérielles périphériques
k. autre maladies cardiovasculaires

MUSCLES / SQUELETTE

l. Arthrose / arthrite
m. Fracture du col du fémur
n. Amputation d'un membre
o. Ostéoporose
p. Fracture pathologique

MALADIES NEUROLOGIQUES

q. Démence de type Alzheimer
r. Aphasie
s. Déficience cérébrale congénitale
t. Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (voir aussi les sous-points r. et v.)
u. autres démences
v. Hémiplégie / Hémiparésie
w. Sclérose en plaques
x. Paraplégie / Para parésie
y. Maladie de Parkinson
z. Tétraplégie / Tétra parésie
aa. Epilepsie
bb. Accident Ischémique Transitoire (AIT)
cc. Traumatisme crânien

MALADIES PSYCHIATRIQUES

dd. Syndrome anxieux
ee. Dépression
ff. Psychose Maniaco-dépressive
gg. Schizophrénie

POUMONS

hh. Asthme
ii. Emphysème / BPCO (Bronchopathie Chronique Obstructive)

MALADIES SENSORIELLES

jj. Cataracte
kk. Rétinopathie diabétique
ll. Glaucome
mm. Dégénérescence maculaire

AUTRES

nn. Allergies
oo. Anémie
pp. Cancers, Carcinomes
qq. Insuffisance rénale
rr. RIEN DE CELA

I2. INFECTIONS

a. Infection résistante aux antibiotiques (par ex. MRSA) avec intervention
b. Clostridium difficile
c. Conjonctivite
d. Infection par le VIH
e. Pneumonie
f. Infection des voies respiratoires
g. Septicémie
h. Infection chronique des voies urinaires dans les **30 derniers jours**, sans traitement
i. Tuberculose
j. Infection des voies urinaires dans les **30 derniers jours**, avec traitement
k. Hépatite virale
m. RIEN DE CELA

I3. AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS NECESSITANT DES SOINS

a.
b.
c.
d.
e.

J. DIAGNOSTICS MEDICAUX

J1. LES DIAGNOSTICS NECESSITANT DES SOINS ET UN ACCOMPAGNEMENT A L'HEURE ACTUELLE, SONT-ILS RECONNUS?

0 = non 1 = oui

si J1 = 0, sautez à K

a. Diagnostics de maladies affectant actuellement l'état de santé de la cliente et influençant le besoin en aide et soins.

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………

e. Contrôle de la douleur – du point de vue de l'équipe soignante– Les douleurs sont-elles sous contrôle avec les

0. OUI
1. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTRÔLEES et l'équipe soignante a activement
2. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTRÔLEES, car la résidante a REFUSE LES
3. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTRÔLEES, mais les INTERVENTIONS N'ONT PAS ETE

SECTEUR L: ETAT BUCCO-DENTAIRE

L1. ETAT DE LA BOUCHE / PROPHYLAXIE DENTAIRE

a. Au coucher, présence de dépôts mous facilement détachables dans la bouche
b. A une prothèse dentaire et/ou un bridge amovible
c. Quelques / toutes les dents manquent; utilise / n'a pas de prothèse dentaire/bridge
e. Inflammation de la gencive (gingivite); gencive enflée, hémorragique; aphtes
f. Soins quotidiens des dents, des prothèses et de la bouche: elle-même ou avec l'aide du personnel
g. RIEN DE CELA

K4. PROBLEME NUTRITIONNEL

a. Se plaint du goût de beaucoup d'aliment
b. Se plaint régulièrement d'avoir faim
c. Laisse 25% ou plus de son repas dans l'assiette
d. RIEN DE CELA

J. ÉTAT DE SANTÉ

J1. ETAT / PROBLEME

Cochez, ce qui s'est passé durant les 7 derniers jours (sauf si une autre durée a été définie)

e. Idées ou bouffées délirantes ayant des répercussions sur le quotidien
f. Vertige
i. Hallucinations ayant des répercussions sur le quotidien
o. Vomissement
g. Œdème
h. Fièvre
j. Hémorragie interne aigüe
k. Aspirations bronchiques répétées durant les 90 derniers jours
m. Syncope / Evanouissement
n. Démarche hésitante
b. Ne peut pas se coucher à plat à cause d'une dyspnée (orthopnée)
c. Déshydratation avec diagnostic et mise en place de mesures
l. Dyspnée
p. RIEN DE CELA

J2. DOULEURS

a. Fréquence à laquelle la résidante signale des douleurs, ou fréquence à laquelle le personnel soignant remarque des douleurs

0. JAMAIS
1. PAS TOUS LES JOURS
2. QUOTIDIENNEMENT

b. Intensité de la douleur

Si J2a = 0: continuez au point J4

1. DOULEUR LEGERE
2. DOULEUR MOYENNE
3. DOULEUR FORTE
4. PERIODES AVEC D'INSUPPORTABLES DOULEURS

c. Constance de la douleur

1. UN EPISODE dans les 7 derniers jours
2. SE REPETE mais SANS REGULARITE
3. SE REPETE REGULIEREMENT
4. DOULEUR PERMANENTE

d. Contrôle de la douleur du point de vue de la résidante – Les douleurs sont-elles sous contrôle avec les interventions?

9. NE PEUT FAIRE AUCUNE DÉCLARATION
0. OUI
1. LES DOULEURS sont PRÉSENTES; les INTERVENTIONS sont catégoriquement REFUSEES
2. NON, LES DOULEURS sont INSUFFISAMMENT CONTRÔLEES

J4. ACCIDENTS

a. Chute durant les 30 derniers jours
b. Chute durant les 31-180 derniers jours
c. Fracture du col du fémur dans les 180 derniers jours
d. Autres fractures dans les 180 derniers jours
e. RIEN DE CELA

K. ETAT NUTRITIONNEL

L1. ETAT DE LA BOUCHE / PROPHYLAXIE DENTAIRE

d. Dents abimées, cassés ou cariées

K1. PROBLEMES BUCCAUX

a. Problème de mastication
c. Douleurs dans la bouche
d. RIEN DE CELA
b. Problème de déglutition

K5. TYPE D'ALIMENTATION

a. Parentérale
b. Sonde
c. Aliments broyés
d. Fingerfood
e. Régime diététique
f. Collation entre les repas
g. Aides, supports spéciaux
h. Programmes pour modifier le poids
i. RIEN DE CELA

K. PROBLEMES DE SANTE

K1. PROBLEMES DE SANTE

0 = PAS PRESENT
1 = PRESENT, MAIS PAS DANS LES 3 DERNIERS JOURS
2 = PRESENT DANS LES 3 DERNIERS JOURS

j. idées délirantes (qui influencent le comportement quotidien)
f. vertiges ou étourdissements
k. hallucinations (qui influencent le comportement quotidien)
e. vomissements
g. œdème périphérique
h. difficultés d'endormissement et à dormir de façon continue - réveil trop précoce, anxiété, sommeil non réparateur
i. Trop de sommeil - sommeil excessif qui limite le fonctionnement normal de la personne
c. difficulté à uriner, ou urine ≥ 3x/nuit
d. perte d'appétit

K2. Dyspnée

0 = PAS PRÉSENTE
1 = PRÉSENTE UNIQUEMENT LORS D'EFFORT MOYEN
2 = PRESENTE LORS D'EFFORTS QUOTIDIENS LEGERS
3 = PRÉSENTE AU REPOS

K4. DOULEURS

a. Fréquence à laquelle la cliente se plaint ou manifeste des signes de douleur au cours des 3 derniers jours

0 = pas de douleur
1 = douleur présente, mais pas dans les 3 derniers jours
2 = douleur présente 1ou 2 jours
3 = douleur quotidienne

b. Intensité de la douleur

0 = pas de douleur
1 = douleurs légères
2 = douleurs moyennes
3 = douleurs fortes
4 = périodes de douleur atroce ou intolérable

c. Contrôle des douleurs – Du point de vue du client : Les douleurs sont-elles maitrisées par les médicaments?

0 = n'est pas adéquat lorsque aucune douleur
1 = douleurs suffisamment maîtrisées ; pas d'adaptation nécessaire de la thérapie
2 = des douleurs sont présentes mais les médicaments ne sont pas pris
3 = douleurs insuffisamment maîtrisées, adaptation nécessaire de la thérapie

K5. CHUTES

La cliente a-t-elle chuté dans les 3 derniers mois (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)

0 = non
1 = oui

L. ETAT NUTRITIONNEL, HYDRATATION

L5. ETAT BUCCO-DENTAIRE

Problème quelconque de la bouche, des dents …
(douleur, bouche sèche, mastication difficile, dents cariées)

0 = non
1 = oui (problèmes présents)

L3. DÉGLUTITION

0 = NORMAL – AVALE TOUTES LES SORTES DE NOURRITURE
1 = REQUIERT DES MODIFICATIONS DES ALIMENTS SOLIDES POUR LES AVALER (PAR EX. HACHÉE, BROYÉE)
2 = REQUIERT DES MODIFICATIONS POUR AVALER LES ALIMENTS SOLIDES ET LIQUIDES (PAR EX. BROYÉE, LIQUIDE ÉPAISSIS)
3 = ALIMENTATION COMBINEE PAR VOIE ORALE E PAR SONDE
4 = AUCUNE ALIMENTATION ORALE

L4. REGIME DIETETIQUE

1 = non 1 = oui

K3. FATIGUE

0 = NON
1 = LÉGÈRE - BAISSE D'ÉNERGIE; EFFECTUE TOUT DE MÊME SES ACTIVITÉS HABITUELLES
2 = MOYENNE - N'EST PAS CAPABLE À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE, D'EFFECTUER SES ACTIVITÉS HABITUELLES JUSQU'AU BOUT.
3 = IMPORTANTE - EST INCAPABLE À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE DE COMMENCER QUELQUES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES NORMALES
4 = INCAPACITÉ À CAUSE D'UNE PERTE D'ÉNERGIE, DE COMMENCER TOUTE ACTIVITÉ QUOTIDIENNE HABITUELLE

K6. RISQUE DE CHUTES

0 = non 1 = oui

a. démarche instable
b. la cliente restreint ses sorties à l'extérieur de peur de

K2. TAILLE / POIDS
Poids - récent (30 jours maximum)
- **a. Taille en cm**
- **b. Poids en kg**

L1. TAILLE ET POIDS
- **a. taille (cm)**
- **b. poids (kg)**

K3. MODIFICATION DU POIDS
- **a. Perte de poids** de 5% ou plus durant les **30 derniers jours**, ou de 10% ou plus durant les **180 derniers jour**s
  - 0. NON
  - 1. OUI
- **b. Prise de poids** de 5% ou plus durant les **30 derniers jours**, ou de 10% ou plus durant les **180 derniers jours**
  - 0. NON
  - 1. OUI

L6. PERTE DE POIDS
Perte de poids de 5% ou plus dans le dernier mois, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois
- 0 = non
- 1 = oui

Si ni K5a, ni K5b n'ont été cochés: continuez au secteur L
K6. ALIMENTATION PARENTERALE
- **a. Bilan calorique** introduit par sonde ou par voie parentérale
  - 0. aucun
  - 1. 1% à 25%
  - 2. 26% à 50%
  - 3. 51% à 75%
  - 4. 76% à 100%
- **b. Bilan des entrées moyennes liquidiennes introduites par sonde ou par voie parentérale**
  - 0. aucun
  - 1. 1 à 500 ml / jour
  - 2. 501 à 1'000 ml / jour
  - 3. 1'001 à 1'500 ml / jour
  - 4. 1'501 à 2'000 ml / jour
  - 5. 2'001 et plus ml / jour

L2. PRISE DE LIQUIDE/NOURRITURE
0 = non 1 = oui

b. La cliente n'a pas mangé de repas ou en a mangé seulement un au moins 2 jours dans les 3 derniers jours

a. La cliente n'a pas pris ou a pris trop peu de liquides (< 1000 ml/jour) dans les 3 derniers jours

M. ÉTAT DE LA PEAU

M5. SOINS ET TRAITEMENTS DE LA PEAU
Cochez tous les points concernés.
- **a. Moyens anti-escarres au lit ou au fauteuil**
- **b. Autres moyens anti-escarres et mesures protectrices**
- **c. Plan personnalisé de latéralisation**
- **d. Mesures diététiques en cas de problèmes cutanés**
- **e. La contention**
- **f. Traitement des plaies chirurgicales**
- **g. Traitement de plaies / soins d'escarres (avec / sans médicaments)**
- **h.Traitement local médicamenteux d'un problème cutané (concernant tout le corps)**
- **i. Autres traitements préventifs cutanés utilisés au minimum 4 jours sur 7**
- **j. RIEN DE CELA**

M1. ULCÈRES: ETAT DE LA PLAIE ET NB ULCERES QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSE
Indiquer le nombre d'ulcères sur n'importe quelle partie du corps, en fonction de son stade. Quand une plaie présente différents stades, ne prendre en compte que le stade le plus élevé.
0 = N'EN PRESENTE PAS 9. =9 OU PLUS
- **a. État de la peau sans lésion mais avec une rougeur délimitée, qui ne disparait pas après la moitié de la durée de la pression exercée**
- **b. Intérieur de la plaie: Tissu granuleux rouge et humide, phlyctènes sur les talons**
- **c. Intérieur de la plaie: Dépôt sec, crevassé ou fortement adhérent (après nettoyage de la plaie)**
- **d. Intérieur de la plaie: Rouge, visqueux, suintant, œdémateux, purulent ou nécrose humide**
- **e. Nécrose fermée, sèche et noire**

Si M1a - e = 0: continuez au point M4
Si M1a > 0 et M1b - e = 0: continuez au point M4

M2. ULCÈRE: BERGE DE LA PLAIE
Indiquez le stade le plus grave des berges de tous les ulcères.
- 0. CLAIREMENT DELIMITEE, SANS IRRITATION, berge de la plaie A PEINE VISIBLE
- 1. Berge de la plaie ROUGE, ENFLEE, MACEREE, FISSUREE, CREVASSEE, CREUSEE, PROLIFÉRANTE

M3. ULCÈRES: CAUSES
Indiquer chaque cause pour laquelle vous avez codé un ulcère au point M1. En cas d'ulcère du à plusieurs causes, cochez toutes les causes concernées.
- **a. Ulcère de pression (Escarre) La lésion est provoquée par la pression**
- **b. Ulcère variqueux Lésion de la peau due à un retour veineux insuffisant dans les membres inférieurs**
- **c. Ulcère artériel Lésion de la peau due à une mauvaise circulation artérielle dans les membres inférieurs**
- **d. Autre ulcère Lésion de la peau due à d'autres facteurs, par ex. gangrène diabétique**

M4. AUTRES PROBLEMES CUTANES CONCERNANT TOUT LE CORPS
Cochez tous les points concernés.
- **a. Ecorchures, bleus, hématomes**
- **b. Brûlures (deuxième ou troisième degré)**
- **c. Lésion ouverte nécessitant des soins**
- **d. Eruption / dermatite / intertrigo, par ex. eczéma, herpès, mycose etc.**
- **e. Peau insensible à la pression et à la douleur**
- **f. Déchirure, coupure (ne concerne pas les plaies chirurgicales)**

M. PROBLEMES DE LA PEAU ET DES PIEDS

M2. ESCARRES
Présence d'une (plusieurs) escarre(s) n'importe où sur le corps. Codez le stade le plus avancé :

stade 1 zone de rougeur persistante (peau intacte) qui ne disparaît pas si la pression est levée
stade 2 perte partielle des couches de la peau, abrasion, cratère superficiel
stade 3 altération complète de la peau (cratère profond) qui peut envahir les tissus adjacents
stade 4 lésions de la peau et des tissus sous-cutanés exposant le muscle ou l'os.

M3. AUTRES PROBLEMES DE LA PEAU
0 = non 1 = oui
- **a. ulcère de stase (veineux), causé par une circulation veineuse réduite**
- **b. ulcère de stase (artériel), causé par une circulation artérielle réduite**
- **c. autres lésions (plaies chirurgicales, brûlures 2-3e degrés, coupures, déchirures)**
- **d. Autres problèmes cutanés (intertrigo, herpès, eczéma, rougeurs, hématomes p.ex.)**

M1. PROBLEME DE PEAU
Tout problème ou changement de l'état de la peau? (escarre, brûlures, lésions, plaie, rougeur, démangeaisons, poux, gale,...)

M1. PROBLEME DE PEAU
Tout problème ou changement de l'état de la peau? (escarre, brûlures, lésions, plaie, rougeur, démangeaisons, poux, gale,...)
0 = non 1 = oui
si M1 = 0, sautez à M4

g. Plaie chirurgicale nécessitant des soins
h. RIEN DE CELA

0 = non 1 = oui
si M1 = 0, sautez à M4

M6. PROBLEMES ET SOINS DES PIEDS
Cochez tous les points concernés.
a. Problèmes aux pieds: Œil de perdrix, callosités, rougeur de la plante du pied, orteils en marteau, douleurs
b. Infection aigue d'un ongle d'orteil, sous traitement
d. Ongles / callosité soignés dans les 90 derniers jours
e. Mesures préventives ou protectrices pour les pieds (chaussures orthopédiques / semelles / coussinet entre les orteils
g. RIEN DE CELA

M4. PROBLEME DES PIEDS
Problèmes quelconques aux pieds (cors, déformations, douleurs, infections, p.ex.)
0 = non
1 = oui

N. OCCUPATIONS | N. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Si B1 = 1 (comateux): continuez au secteur O

N2. DUREE MOYENNE DES OCCUPATIONS
Concerne la période d'éveil durant laquelle il n'y a pas de soin ou de thérapie.
0. PLUS DE 2/3 DE LA PERIODE D'EVEIL
1. 1/3 -2/3 DE LA PERIODE D'EVEIL
2. MOINS DE 1/3 DE LA PERIODE D'EVEIL
3. AUCUNE

N3. LIEUX D'OCCUPATION PREFEREES
Cochez tous les endroits préférés.
a. Dans sa chambre
b. Salle de séjour
c. Dans l'institution, en dehors de l'unité de soin / du service
d. Dehors
e. RIEN DE CELA

N4. OCCUPATIONS PREFEREES
Quelles sont les **occupations** préférées de la résidante, qu'elles aient lieu dans l'institution ou non, ceci en tenant compte de ses capacités actuelles?
a. Jeux de carte / jeux
b. Travail manuel / bricolage
c. Sport / gymnastique
d. Musique
e. Lire / écrire
f. Activités religieuses et spirituelles
g. Excursions / voyage / commission
h. Promenade / promenade à l'extérieur en fauteuil roulant
i. Télévision
j. Jardinage / soigner les plantes
k. Conversation
l. Aider les autres
m. RIEN DE CELA / la résidante ne veut pas faire de déclaration

N5. DESIR DE MODIFICATION
La résidante souhaite, à propos de ses occupations:
0. AUCUNE MODIFICATION
1. LEGERE MODIFICATION
2. MODIFICATION IMPORTANTE
9. NE VEUT PAS FAIRE DE DECLARATION
a. En ce qui concerne la manière d'être occupé
b. En ce qui concerne l'intensité des occupations

N6. THERAPIE D'ACTIVATION
Indiquez la durée en jours et en minutes durant les **7 derniers jours**.
Echelle A = Nombre de jours durant lesquels une thérapie d'activation d'une durée minimum de 15 minutes, a eu lieu
Echelle B = Durée totale en minutes dans les **7 derniers jours**

N. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE
N1. LOGEMENT HABITAT
Le logement de la cliente et ses alentours sont-ils inhabitables ou dangereux? (p.ex. : éclairage, chauffage, sols, tapis, salle de bain et WC, cuisine, accessibilité du logement, des chambres)
0 = non 1 = oui

SECTEUR O: TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX / P. MEDICAMENTS

03. NOMBRE DE JOURS AVEC INJECTION
Indiquez le nombre de jours durant lesquels la résidante a reçu une injection (excepté les intraveineuses), ceci dans les 7 derniers jours.

O1. NOMBRE DE MEDICAMENTS (SUBSTANCES)
Nombre de médicaments (substances) différents que la résidante a reçu au cours des 7 derniers jours.
(0 = aucun)

O4. NOMBRE DE JOURS AVEC DES MÉDICAMENTS PARTICULIERS
Indiquez le nombre de jours durant lesquels les médicaments particuliers ont été donnés.
0. AUCUN
1. EGALEMENT LES MEDICAMENTS A ACTION PROLONGEE qui sont utilisés moins d'une fois par semaine.
a. Neuroleptiques
b. Médicaments diminuant l'anxiété (anxiolytiques)
c. Antidépresseurs
d. Hypnotiques

P1. NOMBRE DE MEDICAMENTS
Nombre de médicaments (différents groupes de substances), (médication prescrite ou prise par soi-même) qui ont été utilisés dans les 7 derniers jours.
0 = si aucun sinon: codez le nombre
si P1 = 0, sautez à la SECTION Q

P5. MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET ANALGÉSIQUES – pris durant les 7 derniers jours
0 = non
1 = oui
a. antipsychotique (neuroleptiques)
b. anxiolytiques
c. antidépresseurs
d. hypnotiques

P3 LISTE DES MEDICAMENTS
1 = Une liste actualisée des médicaments avec dosage existe
2 = Il faut établir une liste des médicaments avec dosage (voir feuille annexe)
3 = Une liste des médicaments n'est pas nécessaire

P4. MEDICAMENTS-INCOMPATIBILITES
0 = pas connues 1 = connues (voir annexe)

P6. FIABILITE OBSERVANCE – Durant les 7 derniers jours, la cliente a-t-elle pris ses médicaments comme prescrits par le médecin (y.c. les jours où le service n'intervient pas)
0 = oui, toujours
1 = à 80% du temps ou plus
2 = à moins de 80% du temps (y.c. le fait de ne pas avoir acheté les médicaments prescrits)

P7. SUIVI MÉDICAL DES MÉDICAMENTS

e. Diurétiques
f. Médicaments antidouleurs de classe 1 (selon la classification de l'OMS)
g. Médicaments antidouleurs de classe 2 (selon la classification de l'OMS)
h. Médicaments antidouleurs de classe 3 (selon la classification de l'OMS)

e. analgésiques

Dans les 6 derniers mois un médecin / un pharmacien a-t'il vérifié l'ensemble des médicaments pris par la cliente?
0 = La totalité des médicaments a été discutée au moins avec un médecin/un pharmacien
1 = La totalité des médicaments n'a pas été contrôlée par un médecin/un pharmacien

SECTEUR P: TRAITEMENTS SPÉCIAUX / MESURES SPÉCIALES

P2. INTERVENTIONS CONCERNANT L'HUMEUR, LE COMPORTEMENT ET L'ETAT CO

a. Entretien interdisciplinaire dans les 30 derniers jours avec un réajustement du plan de soins / plan de soutien
d. Mesures spéciales dispensées pour influencer l'humeur, le comportement ou les symptômes de démence
f. RIEN DE CELA
Si dans G1a-j: Echelle A et Echelle B = 0 et C4 = 0 et C6 = 0: continuez au point P4

P3. SOINS INFIRMIERS DE READAPTATION
Comptez le nombre de jours où des mesures adaptées d'une durée minimale de 15 minutes par jour, ont été administrées - ceci au cours des 7 derniers
(0 = pas de mesures ou mesures prises inférieures à 15 minutes par jour)
a. Mobilisation passive
b. Mobilisation active
c. Utilisation d'attelles / appareils orthopédiques
d. Mobilisation au lit
e. Transfert
f. Marche
g. Habillement / Soin du corps
h. Manger ou avaler
i. Utilisation des prothèses / Soin du moignon
j. Training du langage
k. Autre

P7. VISITE MEDICALE
Notez le nombre de jours où il y a eu une visite médicale au cours des **14 deniers jours**

P1. TRAITEMENTS SPÉCIAUX NÉCESSITANT DES SOINS ET THÉRAPIES
TRAITEMENTS dans les 14 derniers jours
a. Chimiothérapie
b. Dialyse
c. Médication intraveineuse
f. Soin de stomie
g.Oxygénothérapie – traitement de longue durée
h.Radiothérapie
i. Aspiration
j. Soin de trachéotomie / Scoop
l. Respiration artificielle
m.Intervention professionnelle lors de maladies liées à la dépendance
o.Soins palliatifs
r. Processus d'entrainement actif et régulier en vue d'un retour à la maison ou à une autre forme d'habitation
t. Préparation, distribution et contrôle de la prise des médicaments
u. Préparation et contrôle de médicaments inhalés, au moins 2x par jour
v. Administration de collyres, au moins 2x par jour
w. Tests de laboratoire effectués par des soignantes (par ex. glycémie, INR, Comburtest)
s. RIEN DE CELA

THERAPIES INDIVIDUELLES

Echelle A = Comptez uniquement le nombre de jours où a eu lieu une thérapie individuelle d'au moins 15 minutes dans les 7 derniers jours (0 = < 15 minutes)
Echelle B= Durée totale exprimée en minutes dans les 7 derniers jours

a. Logopédie
b. Ergothérapie (ne sont pas comprises les thérapies d'activation)
c. Physiothérapie
d. Entretien individuel thérapeutique – documenté avec objectif et évaluation
e. Traitement individuel / applications – documenté avec objectif et évaluation

P4. MOYENS DE CONTENTION
0. AUCUN
1. PAS TOUS LES JOURS
2. QUOTIDIENNEMENT
a. Barrière de lit sur tous les côtés ouverts du lit
c. Contention du tronc
e. Attache au fauteuil, qui ne permet pas de se lever

P8. PRESCRIPTION MEDICALE
Notez le nombre de jours, dans les 14 derniers jours, où il y a eu une prescription médicale.

O. UTILISATION DE SERVICES PROFESSIONNELS

P2. PRÉPARATION
a. Qui a la charge de préparer les médicaments?
0 = le client
1 = le SAD
2 = autres
b. Si 2a=1: Combien de fois le SAD prépare t-il les médicaments?
1 = chaque jour
2 = chaque semaine
3 = autre

O1. SERVICES PROFESSIONNELS
Durant les 7 derniers jours, la cliente a-t-elle reçu à la maison les prestations d'un des professionnels suivants?
0 = non
1 = oui mais prestation terminée
2 = oui, prestation en cours
a. aide familiale, aide soignante
b. infirmière
c. aide ménagère.
d. repas à domicile
e. bénévoles
f. kiné (physio) – ergo - logothérapie
g. centre ou hôpital ou foyer de jour
h. travailleur social
i. autre :

K8, AUTRES INDICATEURS DE L'ETAT DE SANTE
0 = non 1 = oui
a. hygiène déplorable inusitée
b. blessures inexpliquées (fractures, bleus)
c. contrainte physiquement (p.ex. immobilisé assis sur sa chaise, contention des membres, utilisation de barrières/ barreaux de lit)

O2. TRAITEMENT PRESCRIT
Le médecin a-t-il prescrit des traitements?
0 = non
1 = oui, par un médecin installé
2 = oui, par un médecin hospitalier

SECTEUR Q: ETAT GLOBAL

SECTEUR R: INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉVALUATION
R1. PARTICIPATION À CETTE ÉVALUATION
a. Résidante 0. NON 1. OUI
b. Les proches 0. NON 1. OUI 2. AUCUN
c. Autres personnes de référence 0. NON 1. OUI 2. AUCUN

Q2. CHANGEMENT GLOBAL
L'indépendance de la résidante est comparée à celle d'il y a **90 jours**
0. INCHANGEE
1. AMELIOREE - reçoit moins de soutien / d'aide
2. DEGRADEE - reçoit plus de soutien /d'aide

Q. EVALUATION D'ENSEMBLE

Q2. CHANGEMENT GLOBAL DU DEGRÉ D'INDÉPENDANCE
(ne remplir que lors d'une réévaluation)
L'autonomie de la cliente a-t-elle changé par rapport il y a 3 mois (ou depuis la dernière évaluation si celle-ci est plus récente)?
0 = amélioré
1 = pas de modification
2 = détérioré

Q1. ETAT DE SANTE – Si on le lui demande, la cliente dit qu'elle se sent en mauvaise santé.
0 = non 1 = oui

Q3. ATTEINTE d'objectifs (ne remplir que lors d'une réévaluation)
Un ou plusieurs objectifs de soins ont-ils été atteints dans les 90 derniers jours (ou depuis la dernière évaluation)?
0 = non 1 = oui

ANNEXE 3: COMPARAISON DU MODULE RAI-EMS (version suisse romande) ET DE PLAISIR

- **Absent dans PLAISIR**
- **Idem dans PLAISIR**
- **Passage possible depuis PLAISIR**
- **Pas de passage possible depuis PLAISIR**

RAI-EMS		PLAISIR	
DONNEES ADMINISTRATIVES			
SECTEUR AA: RESIDANTE		**A. IDENTIFICATION**	
AA1. NOM	**a.** Prénom **b.** Nom de famille	**Nom du bénéficiaire**	
AA2. SEXE	1. masculin / 2. féminin	**Sexe:**	1. Fém. / 2. Masc.
AA3. DATE DE NAISSANCE	Jour/Mois/Année	**Date de naissance**	Année/Mois/Jour
AA6. DATE D'ADMISSION	Jour/Mois/Année	**Date d'admission:**	Année/Mois/Jour
AA7. NUMERO DE LA RESIDANTE	Numéro interne	**No. du bénéficiaire (no d'ordre)**	
AA8. MEDECIN TRAITANT	Nom du médecin traitant		
INFORMATIONS GENERALES A L'ADMISSION		**COMMUNICATION**	
SECTEUR AB: INFORMATIONS BIOGRAPHIQUES			
AB2. ADMISSION DE	1. Domicile privé / Appartement / Appartement pour personnes âgées **sans** aide à domicile 2. Domicile privé / Appartement / Appartement pour personnes âgées **avec** aide à domicile 3. Résidence **avec** prestations internes 4. Maison de retraite / EMS 5. Hôpital 6. Hôpital ou clinique psychiatrique 7. Clinique de réadaptation 8. autre que points 4 à 7. Foyer collectif		
AB3. VIVAIT SEULE	0. Non 1. Oui 2. En institution ou autres foyers collectifs 9. Ne veut pas faire de déclaration		
AB4. CODE POSTAL + NOM DU DERNIER LIEU DE RESIDENCE	a. NPA b. dernier lieu de résidence		
AB5. LIEUX DE SEJOUR DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES	**Cochez tous les endroits**, dans lesquels la résidente à séjourné durant les 5 dernières années. a. Déjà une fois dans cette institution b. Dansd'autres maisons de retraite, EMS, appartements collectifs pour personnes âgées c. Autre institution d. Hôpital ou clinique psychiatrique e. Institution pour handicapés mentaux f. RIEN DE CELA g. Ne veut pas faire de déclaration		
AB6. ACTIVITES PROFESSIONNELLES	(Séparez les différentes activités professionnelles avec "/") Codez « 9 »quand la résidante ne veut pas faire de déclaration.		
AB8. LANGUE MATERNELLE	**a.** 0. Allemand 1. Français 2. Italien 3. Autres (voir b) 9. Ne veut pas faire de déclaration		
	b. Autres précisez		

RAI-EMS			PLAISIR	
INFORMATIONS GENERALES A L'ADMISSION			COMMUNICATION	
SECTEUR AC: HABITUDES DE VIE				
AC1. HABITUDES DE VIE **(Durant l'année précédent la date d'entrée dans l'établissement, ou la dernière année au domicile, si la résidante est transférée d'un autre établissement.)**	(Il est important que les soignantes connaissent les habitudes de vie quotidiennes pour pouvoir les maintenir, c'est pour cela qu'il faut les demander.) 0. NON 1. OUI 9. INCONNU / NE VEUT PAS FAIRE DE DECLARATION			
	DEROULEMENT DE LA JOURNEE			
	a. Allait au lit après 21 heures **b.** Faisait régulièrement une sieste durant la journée (d'au moins une heure) **c.** Sortait au moins une fois par semaine **d.** Avait des hobbies ou réalisait des tâches quotidiennes **e.** Passait la plupart de son temps seule, ou devant la télévision **f.** Se déplaçait dans la maison ou l'appartement de façon autonome (avec aide, si nécessaire) **g.** Fumait quotidiennement			
	HABITUDES ALIMENTAIRES			
	i. Habitudes alimentaires particulières / préférences alimentaires **j.** Mangeait, grignotait entre les repas quotidiennement / souvent **k.** Buvait des boissons alcoolisées au moins une fois par semaine			
	HABITUDES QUOTIDIENNES			
	m. Passait presque toute la journée en pyjama / robe de chambre **n.** Allait aux toilettes chaque nuit / presque chaque nuit **o.** Allait à la selle irrégulièrement **p.** Se douchait de préférence, plutôt que de se baigner **q.** Se baignait / se douchait le soir			
	RELATIONS / PARTICIPATION			
	s. Avait un contact quotidien avec ses proches / amis **t.** Prenait part à des activités d'ordre religieux **u.** Trouve un appui / une force dans la Foi **v.** Avait des relations quotidiennes avec des animaux **w.** Participait à des activités collectives			
AC2. DE QUI PROVIENNENT LES DECLARATIONS RELATIVES AUX HABITUDES DE VIE?				
AC3. QUI A CONDUIT L'ENTRETIEN CONCERNANT LES HABITUDES DE VIE?				

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR A: DONNEES RELATIVES A LA PERSONNE		**A. IDENTIFICATION**	
A1. NOM DE LA RESIDANTE	**a.** Prénom **b.** Nom de famille Date de naissance (facultative)		**Nom du bénéficiaire** **Date de naissance** Année/Mois/Jour
A2. UNITE DE SOINS		**Unité de soins**	
A3. DATE DU MDS	Date du dernier jour de la période d'observation du MDS Jour/Mois/Année	**Date de l'observation:**	Année/Mois/Jour
A5. ETAT CIVIL ET FAMILIAL	1.JAMAIS MARIEE 2. MARIEE 3. VEUVE 4. SEPAREE 5. DIVORCEE 6. AUTRE		
A8. MOTIFS DE L'EVALUATION	1. Evaluation initiale 2. Evaluation annuelle 3. Changement significatif d'état 4. Correction de la dernière évaluation globale		
A9. DELEGATION LEGALE	a. Tutelle b. Conseil légal c. Curatelle e. Membre de la famille responsable f. Résidante elle-même responsable g. Procuration à une personne de confiance		
A10. DIRECTIVES ANTICIPEES DES PATIENTES	Cochez tout ce qui convient.		
	a. Pas de directives anticipées des patientes (passer aux point A10i) b. Directives anticipées des patientes disponibles c. Copie accessible disponible d. Contenu des directives anticipées des patientes connu des soignantes responsables e. Contenu connu du médecin traitant f. Contenu connu des proches g. Directives anticipées des patientes actuelles (la date ne doit pas dépasser 2 ans) h. La résidante souhaite adapter les directives anticipées des patientes i. Le thème n'a pas été évoqué avec la résidante j. La résidante ne souhaite pas faire de déclaration à ce sujet		
SECTEUR B: CAPACITES COGNITIVES		**R. ORIENTATION (interaction avec l'environnement)**	
B1. COMA	0. Non 1. Oui **Si B1=1: continuez au point G1**		9. **Coma**, état végétatif
		P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES	
B2. MEMOIRE	Se souvenir des acquis ou du savoir. **a. Mémoire à court terme:** Souvenir après 5 minutes 0. CORRECT 1. PROBLEME	**Mémoire récente**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
	b. Mémoire pour le déroulement des actions: Par exemple s'habiller 0. CORRECT 1. PROBLEME		
B3. MEMOIRE / CAPACITES DE SE SOUVENIR	(Cochez toutes les réponses correspondant à ce que la résidante était capable de faire habituellement dans les 7 derniers jours. a. Donner les saisons b. Trouver sa propre chambre c. Se souvenir des personnes d. Savoir qu'elle se trouve dans une institution e. RIEN DE CELA	**Orientation - temps/espace/personne**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
B4. CAPACITES COGNITIVES POUR LES DECISIONS QUOTIDIENNES	Prend des décisions dans le quotidien 0. AUTONOME - décisions logiques 1. PARTIELLEMENT AUTONOME - décisions avec quelques difficultés dans les situations nouvelles et inconnues 2. DEFICIENCE MOYENNE - reçoit des directives et de la surveillance 3. DEFICIENCE SEVERE - prend rarement ou jamais des décisions **Si B2a = 0** et B4 = 0 ou 1: continuez au secteur C	**Prise de décision**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR B: CAPACITES COGNITIVES		P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES	
B5. REMARQUES CONCERNANT UN DELIRE / PERTE PERIODIQUE DE LA PENSEE / OU DE LA PERCEPTION DE LA REALITE	Une juste évaluation nécessite un entretien avec toute l'équipe, qui dispose directement des connaissances du comportement de la résidante pour cette période. 0. PAS OBSERVE 1. OBSERVE, mais PAS NOUVEAU 2. OBSERVE: Comportement dans les 7 derniers jours différent de l'état habituel (NOUVEAU OU DETERIOTATION)		
	a. Attention changeante 0. PAS OBSERVE	**Perception et attention**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
	b. Variabilité de la perception de la réalité de l'environnement 0. PAS OBSERVE	**Perception et attention**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
	c. Episodes de discours incohérent 0. PAS OBSERVE	**Pensée (contenu, vitesse)**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
		Q. PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES	
		(Cocher les problèmes corrigés (C) ou non corrigés (NC))	
	d. Période d'agitation 0. PAS OBSERVE	**4. Agitation** non coché ou (C)	
	e. Période de léthargie		
	f. Variations durant la journée des capacités cognitives		
B6. MODIFICATION DES CAPACITES COGNITIVES	Etat, capacités et aptitudes sont comparées avec l'état de la résidante d'il y a 90 jours 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION		
SECTEUR C: CAPACITES DE COMMUNICATION / AUDITION		P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES	
C1. AUDITION	Avec appareil auditif, si la résidente en utilise. 0. ENTEND BIEN - conversations normales, télévision, téléphone, conversations de groupe 1. LEGERES DIFFICULTES dans un environnement bruyant 2. ENTEND UNIQUEMENT DANS CERTAINES SITUATIONS - quand l'interlocuteur hausse le ton et parle distinctement 3. GRAVEMENT DEFICIENT - n'entend rien ou pratiquement rien	**Ouïe**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
C2. AIDES ET TECHNIQUES POUR COMMUNIQUER	Cochez tous les points concernés.		
		MEDICATION	
	a. Possède un appareil auditif et l'utilise b. Possède un appareil auditif, mais ne l'utilise pas régulièrement c. Utilise d'autres techniques (par exemple lire sur les lèvres) d. RIEN DE CELA	8260 PROTHESE AUDITIVE - INSTALLER, AJUSTER 8265 PROTHESE AUDITIVE - ENLEVER **nombre de fois = une fois par jour**	
C3. MODES D'EXPRESSION	Cochez tout ce qui est utilisé pour s'exprimer. a. Langage b. Messages écrits c. Langage des signes / écriture Braille d. Signes, gestes, sons e. Tableau, ardoise f. Autre g. RIEN DE CELA		
C4. SE FAIRE COMPRENDRE	Capacités d'expression, quelle qu'en soit la manière. 0. EST COMPREHENSIBLE 1. EST SOUVENT COMPREHENSIBLE - a des difficultés à trouver les mots/signes et à exprimer ses pensées 2. EST PARFOIS COMPREHENSIBLE - capacités limitées à exprimer des souhaits concrets 3. EST RAREMENT / JAMAIS COMPREHENSIBLE	**Se faire comprendre**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
C6. CAPACITE A COMPRENDRE LES AUTRES	Capacités de compréhension - quelle qu'en soit la manière. 0. COMPREND 1. COMPREND SOUVENT - pas toujours toute la signification de l'information 2. COMPREND PARFOIS - uniquement des directives et questions simples 3. COMPREND RAREMENT OU JAMAIS	**Comprendre les autres**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
C7. MODIFICATION DES CAPACITES DE COMMUNICATION ET DE L'AUDITION	Les capacités d'expression, de compréhension et d'audition sont comparées avec l'état de la résidante d'il y a **90 jours** 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION		

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR D: CAPACITE VISUELLE		**P. FONCTIONS PSYCHOLOGIQUES ET SENSORIELLES**	
D1. VISION	Capacité visuelle avec un éclairage adéquat, si besoin avec lunettes ou autre aide visuelle. 0. BONNE - voit les petits détails, y compris les caractères standard d'imprimerie des journaux / livres 1. LEGEREMENT DEFICIENTE - ne distingue que les grands caractères d'imprimerie dans les journaux / livres 2. MOYENNEMENT DEFICIENTE - incapable de lire les gros titres des journaux, peut voir des objets dans l'environnement 3. FORTEMENT DEFICIENTE - on se demande si les objets dans l'environnement sont perçus, néanmoins elle suit les objets du regard 4. GRAVEMENT DEFICIENTE/AVEUGLE - ne voit rien ou seulement des formes, elle ne suit pas les objets du regard	**Vue**	(Niveau de déficience) Adéquat Léger Modéré Sévère/Nul
D2. RETRECISSEMENT DU CHAMP DE VISION	Problème de vision latérale - champ visuel rétréci (par ex. laisse de la nourriture sur le côté, se cogne contre d'autres personnes, contre les encadrements de portes) 0. AUCUN PROBLEME 1. PROBLEME		
D3. AIDES A LA VISION	Lunettes, lentilles de contact, loupe grossissante 0. N'UTILISE PAS D'AIDE VISUELLE 1. UTILISE UNE AIDE VISUELLE		
SECTEUR E: HUMEUR ET COMPORTEMENT		**Q. PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES**	
E1. SIGNES DE DEPRESSION, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE	Cochez ce qui concerne les 30 derniers jours. 0. NE S'OBSERVE PAS 1. NE S'OBSERVE PAS PLUS DE 5 FOIS par semaine 2. S'OBSERVE QUOTIDIENNEMENT OU PRESQUE, 6 ou 7 jours par semaine	Cocher les problèmes corrigés (C) ou non corrigés (NC), pendant la période d'évaluation **non coché ou (C) corrigés**	
	EXPRESSION VERBALE DE L'ABATTEMENT		
	a. Expression concernant l'absurdité de la vie / désir de mourir - par ex. "Rien n'a un sens", "Je préférerais être morte", "Pourquoi est-ce que je vis si longtemps?", "Laissez-moi mourir!"		
	b. Expression de perplexité - par ex. "Qu'est-ce que je dois faire?"; "Qu'est-ce que je vais devenir?"		
	c. Expressions répétitives et cris - par ex. "laissez-moi partir!", "aidez-moi!"		
	d. Colère perpétuelle envers soi-même ou envers les autres - par ex. mécontente avec soi-même ou avec les soins ou avec son placement en institution		
	e. Dépréciation de soi - par ex. "Je ne vaux rien!", "je suis inutile!"		
	f. Expression de peurs non fondées - peur existante qui s'exprime sans raison objective		
	g. Epression de pressentiment menaçant - par ex. peur de mourir bientôt, peur d'avoir une crise cardiaque, peur de tomber	**11. Pense souventà la mort**	
	h. Exprime de façon répétitive de l'inquiétude au sujet de sa santé - observe de façon maniaque ses fonctions corporelles, recherche constamment de l'aide médicale		
	i. Episodes répétés d'anxiété (non liés à la santé), - recherche constamment de l'attention, l'approbation, par ex. concernant le déroulement de la journée, l'habillement	**6. Anxiété persistante**	
	EXPRESSION NON VERBALE DE L'ABATTEMENT		
	j. Est de mauvaise humeur le matin	**12. Réveil prématuré de mauvaise humeur**	
	k. Insomnie / modification des habitudes de sommeil	**13. Hypersomnie** (Eveillé 7 heures ou moins/jour)	
	l. Mimiques exprimant la tristesse, la tension et l'inquiétude	**7. Tristesse (= durable) / 8. Manifestation de chagrin**	↕
	m. Pleurs, larmes	**7. Tristesse (= durable) / 8. Manifestation de chagrin**	
	n. Agitation motrice répétée - par ex. se tordre les mains, courir autour de quelque chose (faire les 100 pas), tripoter quelque chose	**4. Agitation**	
	o. Abandon des activités jusqu'alors appréciées		
	p. Diminution des activités sociales	**9. Retrait**	
E2. CONSTANCE DE L'HUMEUR	Un ou plusieurs signes de l'humeur dépressive, anxieuse ou triste sont-ils modifiables? 0. AUCUN SIGNE 1. FACILEMENT MODIFIABLE 2. PAS FACILEMENT MODIFIABLE		
E3. MODIFICATION DE L'HUMEUR	L'humeur est comparée par rapport à son état **90 jours** auparavant 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION		

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR E: HUMEUR ET COMPORTEMENT		Q. PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES	
E4. COMPORTEMENTS PROBLEMATIQUES	**Echelle A FREQUENCE** du comportement problématique 0. NE S'OBSERVE PAS 1. S'OBSERVE de 1 - 3 sur 7 jours 2. S'OBSERVE de 4 - 6 sur 7 jours 3. S'OBSERVE QUOTIDIENNEMENT		pas coché
	Echelle B CONSTANCE du comportement problématique 0. NE S'OBSERVE PAS ou S'OBSERVE et était FACILEMENT MODIFIABLE 1. S'OBSERVE et n'était PAS FACILEMENT MODIFIABLE		(Cocher les problèmes corrigés (C) ou non corrigés (NC)) non coché ou corrigés (C) non corrigé (NC)
	a. Déambulation		**5. Errance**
	b. Agressivité verbale		**2. Agressivité verbale**
	c. Agressivité corporelle		**1. Agressivité physique**
	d. Comportement social inadapté		**3. Dérange les autres**
	e. S'oppose au traitement / soins		
E5. MODIFICATION DES COMPORTEMENTS PROBLEMATIQUES	Le comportement est comparé par rapport à son état **90 jours auparavant** 0. PAS DE MODIFICATION 1. AMELIORATION 2. AGGRAVATION		
SECTEUR F: BIEN-ÊTRE PSYCHO-SOCIAL		**O. INTEGRATION SOCIALE**	
F1. INITIATIVE / PARTICIPATION	**(Cochez tout ce qui concerne les 7 derniers jours.)**	**(Encercler le code de la catégorie que vous aurez retenue comme étant celle traduisant le mieux le degré d'intégration sociale du bénéficiaire considéré. Les catégories étant mutuellement exclusives, vous devrez en retenir une et une seule.)**	
	a. Relation sans problème avec les autres personnes		1. Socialement **intégré**
	b. Se sent à l'aise lors d'activités planifiées et structurées		1. Socialement **intégré**
	c. Prend part aux activités qu'elle (la résidante) a elle-même initiées		
	d. Se fixe des objectifs		
	e. Prend part aux activités de l'institution; se sent intégrée à la vie de l'établissement		1. Socialement **intégré**
	f. Accepte les invitations à la plupart des activités de groupe		
	g. RIEN DE CELA		9. **Isolement** social (aucun contact - coupé de l'extérieur)
			2. Participation **inhibée** (gêne, timidité) 3.Participation **limitée** (type d'activité sociales) 4. Relations sociales **restreintes** (contacts primaires et secondaire seulement) 5. Relations sociales **pauvres** (contacts secondaires difficiles) 6. Relation sociales **réduites** (contacts primaires seulement) 7. Relations sociales **perturbées** (contacts primaires difficiles) 8. Relations sociales **inexistantes** (aucun contact - incapable)
F2. RELATIONS	a. Conflit ouvert ou latent avec le personnel, critiques répétitives b. Malheureuse avec sa voisin de chambre c. Malheureuse avec les autres résidantes d. Parle des conflits et de la colère envers ses proches/amis e. N'a pas de contact personnel avec ses proches/amis g. Ne s'adapte pas facilement aux changements h. RIEN DE CELA		
F3. ROLES DANS LE PASSE	a. Forte identification à ses rôles antérieurs et son ancien statut b. Montre de la tristesse, de la colère, un sentiment de vide à cause de la perte de son rôle c. Se plaint de la différence entre ses occupations quotidiennes actuelles et ses habitudes antérieures d. RIEN DE CELA		

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR G: CAPACITES PHYSIQUES / AVQ			
G1. AVQ (Activités de la Vie Quotidienne)			
Echelle A PERFORMANCE / INDEPENDANCE - pendant les **7 derniers jours** et ce, pendant 24 heures (Attention: La préparation est codée dans l'échelle B) 0. AUTONOME La résidante a bénéficié ni de surveillance ni d'aide physique ou surveillance ou de l'aide physique n'a été donnée que 1 à 2 fois maximum. 1. SURVEILLANCE La résidante a bénéficié 3x ou plus, **de surveillance**, **d'instructions** ou d'encouragements; l'aide physique n'a été donnée qu'une ou 2x maximum. 2. DEPENDANCE PARTIELLE - **aide physique ne nécessitant pas de la force.** La résidante a reçu une aide physique ne nécessitant pas de force 3 x ou plus, ou une aide physique nécessitant de la force 2x au maximum. 3. DEPENDANCE IMPORTANTE **- aide nécessitant de la force** La résidante a reçu une aide physique nécessitant de la force 3x ou plus 4. DEPENDANCE TOTALE La résidante a reçu **tous les jours de la semaine** une aide totale pour la réalisation de cette IAVQ 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**Echelle B AIDE D'AUTRUI** - Codez l'aide **la plus élevée** donnée par le personnel 0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel 1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, pas d'aide physique 2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE 3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**Equivalent échelle A**	**Equivalent échelle B**
a. Mobilité au lit Changement de position, se tourner, monter ou descendre dans le lit, tout le corps doit toujours être sur le matelas			
b. Transfert entre les objets d'ameublement - du lit, de la chaise, du fauteuil roulant et vice versa, se lever, s'asseoir au bord du lit. (excepté: tous les transferts effectués pour aller aux toilettes ou prendre le bain ou la douche et vice versa)		**MOBILISATION**	
c. Marche dans la chambre Marcher dans sa propre chambre (sans utiliser un fauteuil roulant) 0. AUTONOME 1. SURVEILLANCE 2. DEPENDANCE PARTIELLE 3. DEPENDANCE IMPORTANTE 4. DEPENDANCE TOTALE 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel 1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique** 2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE 3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**4010 LEVER AVEC AIDE (y.c compris déplacement dans la chambre)** **4015 COUCHER AVEC AIDE (y.c compris déplacement dans la chambre)** 0. mode 1 : max. 2x/j. OU aucune mention dans les actions de nursing 1. mode 1 : 3x ou + /j. OU mode 2 : max 2x/j. 2. mode 2 : 3x ou + /j. OU mode 3 : max 2x/j. 3. mode 3 : 3x ou + /j. 4. mode 3 : 7/7j. 8. aucune mention dans les actions de nursing	0. aucune mention dans les actions de nursing 1. mode 1 2. mode 2-3, 1/z 3. mode 2-3, ≥2/z 8. aucune mention dans les actions de nursing
d. Marche dans le couloir Marcher dans le couloir (sans utiliser un fauteuil roulant) 0. AUTONOME 1. SURVEILLANCE 2. DEPENDANCE PARTIELLE 3. DEPENDANCE IMPORTANTE 4. DEPENDANCE TOTALE 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel 1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique** 2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE 3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**4030 MARCHER AVEC AIDE** 0. mode 1 : max. 2x/j. OU aucune mention dans les actions de nursing 1. mode 1 : 3x ou + /j. OU mode 2 : max 2x/j. 2. mode 1 : 3x ou + /j. OU mode 2 : max. 2x/j. 3. mode 2 : 3x ou + /j. 4. mode 2 : 7/7j. 8. aucune mention dans les actions de nursing	0. aucune mention dans les actions de nursing 1. mode 1 2. mode 2, 1/z 3. mode 2, ≥2/z 8. aucune mention dans les actions de nursing
e. Se déplacer dans l'unité de soins Déplacement de sa propre chambre vers d'autres pièces de l'unité de soins (Le déplacement en fauteuil roulant est également évalué ici)		**G. MOBILITE PHYSIQUE**	
f. Déplacement en dehors de l'unité de soins Déplacement en dehors de l'unité de soins ou à l'extérieur de l'institution (Le déplacement en fauteuil roulant est également évalué ici)		1. **Pleine** mobilité (passer à I) 2. Mobilité **restreinte occasionnellement** 3. Mobilité **déficiente** (lenteur) 4. Mobilité **réduite** 5. Mobilité restreinte au **voisinage** 6. Mobilité restreinte à **l'établissement** 7. Mobilité restreinte à **l'étage** de la chambre 8. Mobilité restreinte à la **chambre** 9. Mobilité **nulle** (lit, fauteuil)	Pour mesurer cette capacité, on tient compte de l'usage autonome de compensations de type mécanique (prothèse, orthèse, canne, cadre de marche, fauteuil roulant, etc.) mais non de l'aide apportée par autrui.
		HYGIENE	
g. S'habiller / se déshabiller Enfiler / enlever ses vêtements pour la journée, fermer les boutons, mettre / enlever une prothèse, mettre des bas de contention, bander les jambes 0. AUTONOME 1. SURVEILLANCE 2. DEPENDANCE PARTIELLE 3. DEPENDANCE IMPORTANTE 4. DEPENDANCE TOTALE 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel 1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique** 2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE 3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**3180 HABILLAGE** **3190 DESHABILLAGE** 0. 1/w & mode 1 : max. 2x/j. OU mode 2 : max 2x/j. OU aucune mention dans les actions de nursing 1. (1-2/w &) mode 2 : max 2x/j. 2. (1-2/w &) mode 2 : 3x ou + /j. 3. (1-2/w &) mode 2 : 3x ou + /j. 4. 2/w & mode 3 : 7/7j. 8. aucune mention dans les actions de nursing	0. aucune mention dans les actions de nursing 1. mode 1 2. non renseigné + mode 2-3 3. non renseigné + mode 2-3 8. aucune mention dans les actions de nursing
h. Manger / Boire De quelle façon mange / boit la résidante, y compris la nourriture par sonde 0. AUTONOME 1. SURVEILLANCE 2. DEPENDANCE PARTIELLE 3. DEPENDANCE IMPORTANTE 4. DEPENDANCE TOTALE 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel 1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique** 2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE 3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	**ALIMENTATION** **1040 DEJEUNER** **1050 DINER** **1060 SOUPER** **1070 COLLATION** **1080 HYDRATATION** **1110 ALIMENTATION ENTERALE A INTERVALLES** 0. 1/w & mode 1 : max. 2x/j. ou aucune mention dans les actions de nursing 1. (1-2/w &) mode 2 : 3x ou +/j. 2. (1-2/w &) mode 2 : 3x ou +/j. 3. (1-2/w &) mode 2 : 3x ou +/j. 4. 2/w & mode 3 : 7/7j. 8. aucune mention dans les actions de nursing	les repas sont préparés en EMS 1. 1/w & mode 1 2. non renseigné + 2/w & mode 2 3. non renseigné + 2/w & mode 2-3 8. aucune mention dans les actions de nursing

RAI-EMS			**PLAISIR**	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR G: CAPACITES PHYSIQUES / AVQ				
G1. AVQ (Activités de la Vie Quotidienne)				
			ELIMINATION	
	i. Utilisation des toilettes Evacuation des selles et miction (toilettes, chaise percée, urinal, pot, protections): s'asseoir et se relever, se nettoyer, changer les protections, remettre ses vêtements en ordre, s'occuper de la stomie ou du cathéter		**2030 URINAL** **2040 VASE DE LIT** **2050 TOILETTE OU CHAISE PERCEE** **2060 SOINS D'INCONTINENCE URINAIRE** **2070 SOINS D'INCONTINENCE FECALE** **2090 INSTALLATION DE CONDOM** **2100 INSTALLATION DE SONDE OU CATHETER VESICAL** **2110 SOINS EXTERNES DE SONDE VESICALE** **2120 DRAINAGE DU SAC COLLECTEUR (URIFLAC)** **2130 IRRIGATION VESICALE** **2140 IRRIGATION VESICALE CONTINUE** **2160 INSTALLATION DE TUBE RECTAL** **2180 IRRIGATION RECTALE** **2210 REMPLACEMENT DU SAC DE STOMIE** **2220 ENTRETIEN DU SAC DE STOMIE SANS REMPLACEMENT** **2230 IRRIGATION DE COLOSTOMIE**	
	0. AUTONOME	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel	0. 1/w & mode 1 : max. 2x/j. OU mode 2 : max 2x/j. OU aucune mention dans les actions de nursing	0. aucune mention dans les actions de nursing
	1. SURVEILLANCE	1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique**	1. (1-2/w &) mode 1 : 3x ou + /j. OU mode 2 : max 2x/j. OU mode 3 : max 2x/j.	1. mode 1
	2. DEPENDANCE PARTIELLE	2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE	2. (1-2/w &) mode 2 : max. 2x/j. OU mode 3 : max. 2x/j.	2. mode 2-3 & 1/z
	3. DEPENDANCE IMPORTANTE	3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES	3. (1- 2/w &) mode 2 : 3x ou + /j. OU mode 3 : 3x ou + /j.	3. mode 2-3 & $\geq$2/z
	4. DEPENDANCE TOTALE		4. 2/w & mode 3 : 7/7j.	
	8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	8. aucune mention dans les actions de nursing	8. aucune mention dans les actions de nursing
			HYGIENE	
	j. Hygiène personnelle Comment la résidante prend soin d'elle-même, par ex. se lave et se sèche les parties du corps, se coiffe, se brosse les dents, se rase, se maquille (excepté le bain et la douche)		**3030 TOILETTE PARTIELLE** **3040 TOILETTE COMPLETE** **3050 TOILETTE GENITALE** **3090 LAVAGE DE TETE** **3100 SHAMPOING/COUPE DE CHEVEUX/MISE EN PLI** **3130 SOINS DE BEAUTE** **3140 RASAGE DE LA BARBE** **3150 BIJOUX-MAQUILLAGE** **3152 DEMAQUILLAGE** **3160 TIGES MONTEES** **3170 BROSSAGE DES DENTS**	
	0. AUTONOME	0. PAS D'AIDE POUR LA PREPARATION, PAS D'AIDE PHYSIQUE du personnel	0. 1/w & mode 1 : max. 2x/j. OU aucune mention dans les actions de nursing	0. aucune mention dans les actions de nursing
	1. SURVEILLANCE	1. SEULE UNE AIDE POUR LA PREPARATION EST NECESSAIRE, **pas d'aide physique**	1. (1-2/w &) mode 1 : 3x ou + /j. OU mode 2 : max 2x/j.	1. mode 1
	2. DEPENDANCE PARTIELLE		2. (1-2/w &) mode 2 : max. 2x/j. OU mode 3 : max. 2x/j.	
		2. AIDE PHYSIQUE D'UNE PERSONNE		2. non renseigné + mode 2-3
	3. DEPENDANCE IMPORTANTE		3. (1-2/w &) mode 2 : 3 ou + /j. OU mode : 3 : 3x ou +/j.	
		3. AIDE PHYSIQUE DE 2 OU PLUSIEURS PERSONNES		3. non renseigné + mode 2-3
	4. DEPENDANCE TOTALE		4. 2/w & mode 3 : 7/7j.	
	8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE	8. aucune mention dans les actions de nursing	8. aucune mention dans les actions de nursing
G2. BAIN / DOUCHE	Comment la résidante prend un bain, se douche, y compris la façon de rentrer dans la baignoire ou la douche (excepté le lavage du dos et des cheveux) 0. AUTONOME - n'a pas reçu d'aide 1. SURVEILLANCE - Surveillance / Instructions reçues 2. AIDE PHYSIQUE UNIQUEMENT POUR RENTRER OU SORTIR DU BAIN OU DE LA DOUCHE 3. AIDE PHYSIQUE POUR UNE PARTIE DU BAIN OU DE LA DOUCHE 4. DEPENDANCE TOTALE 8. L'ACTIVITE N'A PAS ETE ACCOMPLIE			
G3. TEST D'EQUILIBRE (voir dans le manuel) Pour pouvoir appréhender des limitations non-évidentes, les observations dans le quotidien ne suffisent pas. Il faut effectuer des tests	0. GARDE L'EQUILIBRE 1. INSTABLE, mais capable de se redresser toute seule 2. AIDE PARTIELLE pendant le test, ou se tient debout / assise, mais ne suit pas les indications du test 3. NE PEUT PAS FAIRE LE TEST 9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST			
			I. DIMINUTION OU PERTE DE LA CAPACITE D'USAGE D'UN (DES) MEMBRE(S)	
	a. Equilibre debout		I.1 Risque de chute	1. non
	b. Equilibre assis (contrôle du tronc)			2. oui

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR G: CAPACITES PHYSIQUES / AVQ		I. DIMINUTION OU PERTE DE LA CAPACITE D'USAGE D'UN (DES) MEMBRE(S)	
G4. LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET LIMITATIONS DU MOUVEMENT (voir dans le manuel) Pour pouvoir appréhender des limitations non-évidentes, les observations dans le quotidien ne suffisent pas. Il faut effectuer des tests systématiques" décrit dans le manuel à la page 105.	Limitations dans les activités quotidiennes ou risque de se blesser **Echelle A MOBILITE** 0. PAS DE LIMITATION 1. LIMITATION D'UN COTE 2. LIMITATION BILATERALE 9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST **Echelle B QUALITE DU MOUVEMENT** 0. PAS DE PERTE 1. PERTE PARTIELLE 2. PERTE TOTALE 9. NE VEUT PAS FAIRE LE TEST	**Oui - compléter le tableau**	**Non - passer à la J.1**
	a. Cou/Nuque		
	b. Bras (incluant épaule et coude)		
	c. Main (poignet, doigts)		
	d. Jambes (hanches, genoux)		
	e. Pieds (orteils, chevilles)		
	f. Autres limitations, pertes		

	Limitation			Immobilité			Amputation		
Localisation	**G**	**D**	**G et D**	**G**	**D**	**G et D**	**G**	**D**	**G et D**
Région cervicale									
Bras									
Main(s)									
Jambe(s)									
Pied(s)									
Hanche(s)									
Coté du corps									
Colonne									
Généralisé									

RAI-EMS		PLAISIR	
G5. AIDES AU DEPLACEMENT	Cochez tous les points concernés	**J. COMPENSATION(S)**	
	a. Aide à la marche (canne, déambulateur)		**2. Canne** **3. Marchette** **4. Quadripode, tripode**
	b. Fauteuil roulant (l'utilise seule)		**8. Fauteuil roulant (autonome)**
	c. Fauteuil roulant (poussé par une autre personne)		**9. Fauteuil roulant (avec aide)**
	d. Essentiellement dépendante de son fauteuil roulant		
	e. RIEN DE CELA		**1. Aucune**
G6. TYPES DE TRANSFERTS		**G. MOBILITE PHYSIQUE**	
	a. Grabataire la plupart du temps		9. Mobilité nulle (lit, fauteuil)
		MOBILISATION	
	b. Aide pour la mobilité au lit, pour entrer ou sortir du lit		4010 LEVER AVEC AIDE: 2/x + mode 1 4015 COUCHER AVEC AIDE: 2/x + mode 1
	c. Est soulevée manuellement avec force		4010 LEVER AVEC AIDE: >1/z + mode 2 ou 3 4015 COUCHER AVEC AIDE: >1/z + mode 2 ou 3
	d. Est soulevée avec des aides mécaniques		4020 LEVER AVEC CIGOGNE 4025 COUCHER AVEC CIGOGNE
	e. Est mobilisée grâce à des techniques individuelles adaptées et justifiées dans un concept		
	f. RIEN DE CELA		
Si dans l'échelle A du point G1 (a-j) tout est égal à 0: continuez au secteur H			
G7. REPARTITION DES AVQ	Certaines AVQ doivent être fractionnées, afin que la résidante puisse elle-même les réaliser 0. NON 1. OUI		
G8. POTENTIEL DE READAPTATION FONCTIONNELLE AUX AVQ	a. La résidante pense pouvoir améliorer son autonomie dans les AVQ b. Le personnel soignant pense que la résidante peut améliorer son autonomie dans les AVQ c. La résidante est capable d'effectuer des AVQ, cependant très lentement d. La résidante a des hauts et des bas durant la journée dans le déroulement de ses AVQ. e. RIEN DE CELA		

RAI-EMS			PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR H: CONTINENCE DURANT LES 14 DERNIERS JOURS			ELIMINATION	
H1. CATEGORIE DE LA CONTINENCE / CONTRÔLE AUTONOME	Prendre en compte la situation pendant 24 heures.			
	a. Continence fécale - Contrôle des selles également en cas de stomie ou en cas de programme spécifique utilisé			2070 SOINS D'INCONTINENCE FECALE: mode 1 ou 3
	0. CONTINENTE	contrôle total		**nombre de fois = 0**
	1. CONTINENTE LA PLUPART DU TEMPS	incontinente moins d'une fois par semaine		**nombre de fois = moins d'une fois par semaine**
	2. INCONTINENTE OCCASIONNELLEMENT	1 fois par semaine		**nombre de fois = une fois par semaine**
	3. FREQUEMMENT INCONTINENTE	2 à 3 fois par semaine		**nombre de fois = deux à trois fois par semaine**
	4. INCONTINENT	toujours / presque toujours		**nombre de fois = ??**
	b. Continence urinaire - Contrôle de la vessie, également au moyen d'aides (par ex. sonde urinaire)			2060 SOINS D'INCONTINENCE URINAIRE: mode 1, 2 ou 3
	0. CONTINENTE	contrôle total		**nombre de fois = 0**
	1. CONTINENTE LA PLUPART DU TEMPS	incontinente au maximum 1 fois par semaine		**nombre de fois = moins d'une fois par semaine**
	2. INCONTINENTE OCCASIONNELLEMENT	2 voire plusieurs fois par semaine, mais pas quotidiennement		**nombre de fois = moins d'une fois par jour**
	3. FREQUEMMENT INCONTINENTE	quotidiennement, un reste de contrôle peut-être visible (par ex. le jour)		**nombre de fois = ??**
	4. INCONTINENT	toujours pas de contrôle		**nombre de fois = ??**
H2. ELIMINATION DES SELLES	a. Elimination des selles, au moins une fois en trois jours			**nombre de fois = au moins une fois en trois jours** 2050 TOILETTE OU CHAISE PERCEE: mode 1, 2 ou 3 2070 SOINS D'INCONTINENCE FECALE: mode 1, 2 ou 3 2210 REMPLACEMENT DU SAC: mode 1, 2 ou 3 2220 ENTRETIEN DU SAC SANS REMPLACEMENT: mode 1, 2 ou 3
	b. Constipation c. Diarrhée d. Fécalome e. RIEN DE CELA			
H3. AIDES / PROGRAMME	a. Plan pour la miction (individuel, documenté)			2030 URINAL: mode 1, 2 ou 3 2050 TOILETTE OU CHAISE PERCEE: mode 1, 2 ou 3
	b. Plan pour l'élimination des selles (individuel, documenté)			2040 VASE DE LIT: mode 1, 2 ou 3 2050 TOILETTE OU CHAISE PERCEE: mode 1, 2 ou 3
	c. Cathéter sus-pubien			2100 INSTALLATION DE SONDE OU CATHETER VESICAL: mode 1, 2 ou 3
	d. Sonde urinaire transurétrale à demeure			2100 INSTALLATION DE SONDE OU CATHETER VESICAL: mode 1, 2 ou 3
	f. N'utilise pas les WC / pas de chaises percées			
	g. Couches / protections			2060 SOINS D'INCONTINENCE URINAIRE: mode 1, 2 ou 3 2070 SOINS D'INCONTINENCE FECALE: mode 1, 2 ou 3
	h. Lavements / Irrigations			2130 IRRIGATION VESICALE: mode 1 ou 3 2140 IRRIGATION VESICALE CONTINUE: mode 1 ou 3: 2150 INSTILLATION VESICALE 2180 IRRIGATION RECTALE: mode 1 ou 3 2200 STIMULATION ANALE 2205 MASSAGE INTESTINAL 2160 INSTALLATION DE TUBE RECTAL: mode 1 ou 3 2170 CURETAGE RECTAL
	i. Stomies (Intestin / Vessie)			2230 IRRIGATION DE COLOSTOMIE: mode 1, 2 ou 3
	j. RIEN DE CELA			

RAI-EMS			PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR I: DIAGNOSTICS MEDICAUX			F. DIAGNOSTICS	
Ne cochez que les maladies qui ont un lien avec les capacités fonctionnelles / AVQ, les capacités mentales, l'humeur, le comportement et qui nécessitent un traitement médical ou une surveillance par les soignantes (ne tenez pas compte des diagnostics qui ne sont pas actuels).			(encercler s'il y a lieu)(Diagnostics et problèmes actifs, qui correspondent soit à des maladies ou problèmes chroniques qui affectent de manière permanente le bénéficiaire, soit à des maladies ou problèmes aigus présents dans les sept jours d'évaluation, soit à des maladies/problèmes passés mais dont les séquelles affectent présentement le bénéficiaire.)	
I1. MALADIES	**MALADIES DU METABOLISME ET DE LA NUTRITION**			
	a. Diabète sucré			2500. Diabète
	b. Hyperthyroïdie			
	c. Hypothyroïdie			
	MALADIES CARDIO-VASCULAIRES			
	d. Maladies coronariennes			
	e. Troubles du rythme cardiaque			
	f. Insuffisance cardiaque			4289. Insuffisance cardiaque
	g. Thrombose veineuse profonde			
	h. Hypertension artérielle			4019. Hypertension artérielle
	i. Hypotension artérielle			
	j. Pathologies artérielles périphériques			
	k. autre maladies cardiovasculaires			4140. MCAS
	MUSCLES / SQUELETTE			
	l. Arthrose / Arthrite			7159. Arthrose
	m. Fracture du col du fémur			
	n. Amputation d'un membre			
	o. Ostéoporose			7330. Ostéoporose
	p. Fracture pathologique			
	MALADIES NEUROLOGIQUES			
	q. Démence de type Alzheimer			3310. Alzheimer
	r. Aphasie			7843. Aphasie
	s. Déficience cérébrale congénitale			3439. Paralysie cérébrale
	t. Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (voir aussi les sous-points r. et v.)			4389. AVC avec séquelles
	u. autres démences			2900. Démence sénile
	v. Hémiplégie / Hémiparésie			3429. Hémiplégie
	w. Sclérose en plaques			3409. Sclérose en plaques
	x. Paraplégie / Paraparésie			
	y. Maladie de Parkinson			3320. Parkinson
	z. Tétraplégie / Tétraparésie			3440. Quadriplégie
	aa. Epilepsie			
	bb. Accident Ischémique Transitoire (AIT)			
	cc. Traumatisme crânien			
	MALADIES PSYCHIATRIQUES			
	dd. Syndrome anxieux			
	ee. Dépression			3119. dépression
	ff. Psychose Maniaco-Dépressive			
	gg. Schizophrénie			
	POUMONS			
	hh. Asthme			
	ii. Emphysème / BPCO (Bronchopathie Chronique Obstructive)			4969. MPOC
	MALADIES SENSORIELLES			
	jj. Cataracte			3669. Cataracte
	kk. Rétinopathie diabétique			
	ll. Glaucome			
	mm. Dégénérescence maculaire			
	AUTRES			
	nn. Allergies			
	oo. Anémie			
	pp. Cancers, Carcinomes			
	qq. Insuffisance rénale			
	rr. RIEN DE CELA			
I2. INFECTIONS	a. Infection résistante aux antibiotiques (par ex. MRSA) avec intervention			
	b. Clostridium difficile			
	c. Conjonctivite			
	d. Infection par le VIH			
	e. Pneumonie			4869. Pneumonie
	f. Infection des voies respiratoires			
	g. Septicémie			0389. Septicémie
	h. Infection chronique des voies urinaires dans les **30 derniers jours**, sans traitement			5990. Infection des voies urinaires
	i. Tuberculose			
	j. Infection des voies urinaires dans les **30 derniers jours**, avec traitement			
	k. Hépatite virale			
	m. RIEN DE CELA			
I3. AUTRES DIAGNOSTICS ACTUELS NECESSITANT DES SOINS	a.			3459. Epilepsie
	b.			3109. Syndrome cérébral organique
	c.		Autres diagnostics:	
	d.			
	e.			

RAI-EMS			PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR J: ETAT DE SANTE			F. DIAGNOSTICS / PROBLEMES	
J1. ETAT / PROBLEME	Cochez, ce qui s'est passé durant les 7 derniers jours (sauf si une autre durée a été définie)		(encercler s'il y a lieu)(Diagnostics et problèmes actifs, qui correspondent soit à des maladies ou problèmes chroniques qui affectent de manière permanente le bénéficiaire, soit à des maladies ou problèmes aigus présents dans les sept jours d'évaluation, soit à des maladies/problèmes passés mais dont les séquelles affectent présentement le bénéficiaire.)	
	a. Perte de poids d'au moins 1,5 kilo ou plus			**7832. Perte de poids**
	b. Ne peut pas se coucher à plat à cause d'une dyspnée (orthopnée)			
	c. Déshydratation avec diagnostic et mise en place de mesures			**2765. Déshydratation**
	e. Idées ou bouffées délirantes ayant des répercutions sur le quotidien f. Vertige g. Œdème			
	h. Fièvre			**7806. Fièvre**
	i. Hallucinations ayant des répercussions sur le quotidien			**7801. Hallucinations**
	j. Hémorragie interne aigüe			**4590. Hémorragie interne**
	k. Aspirations bronchiques répétées durant les **90 derniers jours** l. Dyspnée m. Syncope / Evanouissement n. Démarche hésitante			
	o. Vomissement			**7870. Vomissements**
	p. RIEN DE CELA			
J2. DOULEURS	**a. Fréquence à laquelle la résidante signale des douleurs, ou fréquence à laquelle le personnel soignant remarque des douleurs** 0. JAMAIS 1. PAS TOUS LES JOURS 2. QUOTIDIENNEMENT			
Si J2a = 0: continuez au point J4				
	b. Intensité de la douleur 1. DOULEUR LEGERE 2. DOULEUR MOYENNE 3. DOULEUR FORTE 4. PERIODES AVEC D'INSUPORTABLES DOULEURS **c. Constance de la douleur** 1. UN EPISODE dans les 7 derniers jours 2. SE REPETE mais SANS REGULARITE 3. SE REPETE REGULIEREMENT 4. DOULEUR PERMANENTE **d. Contrôle de la douleur du point de vue de la résidante** - Les douleurs sont-elles sous contrôle avec les interventions? 0. OUI 1. LES DOULEURS sont PRESENTES; les INTERVENTIONS sont catégoriquement REFUSEES 2. NON, LES DOULEURS sont INSUFFISAMMENT CONTROLEES 9. NE PEUT FAIRE AUCUNE DECLARATION **e. Contrôle de la douleur - du point de vue de l'équipe soignante** - Les douleurs sont-elles sous contrôle avec les interventions? 0. OUI 1. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTROLEES et l'équipe soignante a activement CHERCHE DES INTERVENTIONS ADEQUATES 2. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTROLEES, car la résidante a REFUSE LES INTERVENTIONS PROPOSEES 3. LES DOULEURS SONT INSUFFISAMMENT CONTROLEES, mais les INTERVENTIONS N'ONT PAS ETE MODIFIEES		.	
J4. ACCIDENTS	a. Chute durant les **30 derniers jours** b. Chute durant les **31-180 derniers jours** c. Fracture du col du fémur dans les **180 derniers jours** d. Autres fractures dans les **180 derniers jours** e. RIEN DE CELA			

RAI-EMS		PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR K: ETAT NUTRITIONNEL			
K1. PROBLEMES BUCCAUX	a. Problème de mastication b. Problème de déglutition c. Douleurs dans la bouche d. RIEN DE CELA		
K2. TAILLE / POIDS	Poids - récent (30 jours maximum) **a.** Taille en cm **b.** Poids en kg		
K3. MODIFICATION DU POIDS	**a. Perte de poids** de 5% ou plus durant les **30 derniers jours**, ou de 10% ou plus durant les **180 derniers jour**s 0. NON 1. OUI **b. Prise de poids** de 5% ou plus durant les **30 derniers jours**, ou de 10% ou plus durant les **180 derniers jours** 0. NON 1. OUI		
K4. PROBLEME NUTRITIONNEL	a. Se plaint du goût de beaucoup d'aliment b. Se plaint régulièrement d'avoir faim c. Laisse 25% ou plus de son repas dans l'assiette d. RIEN DE CELA		
K5. TYPES D'ALIMENTATION		**D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS**	
	a. Parentérale (intraveineuse / sous-cutanée)	**1.** non **2.** oui	dans les 7 jours d'observation **D.06 Alimentation parentérale**
		ALIMENTATION	
	b. Sonde		1100 ALIMENTATION ENTERALE EN PERMANENCE 1110 ALIMENTATION ENTERALE A INTERVALLES
	c. Aliments broyés d. Fingerfood e. Régime diététique		
	f. Collations entre les repas (ne sont pas inclus le « 9 heures » ou le « 4 heures » que reçoivent toutes les résidantes)		1070 COLLATION: mode 1, 2 ou 3
	g. Aides, supports spéciaux h. Programmes pour modifier le poids		
	i. RIEN DE CELA	**aucune mention dans les actions de nursing**	
Si ni K5a, ni K5b n'ont été cochés: continuez au secteur L			
		D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS	
K6. ALIMENTATION PARENTERALE / -ENTERALE	**a. Bilan calorique** introduit par sonde ou par voie parentérale 0. aucun	1. non 2. oui **D.06 Alimentation parentérale = non coché** **<u>et</u>** 1110 ALIMENTATION ENTERALE A INTERVALLES **<u>et</u>** 1100 ALIMENTATION ENTERALE EN PERMANENCE	dans les 7 jours d'observation **non coché** **aucune mention dans les actions de nursing** **aucune mention dans les actions de nursing**
		ALIMENTATION	
	1. 1% à 25% 2. 26% à 50% 3. 51% à 75%		1110 ALIMENTATION ENTERALE A INTERVALLES
	4. 76% à 100%		1100 ALIMENTATION ENTERALE EN PERMANENCE
	b. Bilan des entrées moyennes liquidiennes introduites par sonde ou par voie parentérale 0. aucun 1. 1 à 500 ml / jour 2. 501 à 1'000 ml / jour 3. 1'001 à 1'500 ml / jour 4. 1'501 à 2'000 ml / jour 5. 2'001 et plus ml / jour		
SECTEUR L: ETAT BUCCO-DENTAIRE			
L1. ETAT DE LA BOUCHE / PROPHYLAXIE DENTAIRE	a. Au coucher, présence de dépôts mous facilement détachables dans la bouche b. A une prothèse dentaire et/ou un bridge amovible c. Quelques / toutes les dents manquent; utilise / n'a pas de prothèse dentaire/bridge d. Dents abimées, cassés ou cariées e. Inflammation de la gencive (gingivite); gencive enflée, hémorragique; aphtes f. Soins quotidiens des dents, des prothèses et de la bouche: elle-même ou avec l'aide du personnel g. RIEN DE CELA		

RAI-EMS			PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR M: ETAT DE LA PEAU				
M1. ULCERES: ETAT DE LA PLAIE ET NOMBRE ULCERES QUELLE QU'EN SOIT LA CAUSES	Indiquer le **nombre d'ulcères** sur n'importe quelle partie du corps, en fonction de **son stade**. Quand une plaie présente différents stades, ne prendre en compte que le stade le plus élevé.			
	0. N'EN PRESENTE PAS			
	9. =9 OU PLUS			
	a. Etat de la peau sans lésion mais avec une rougeur délimitée, qui ne disparaît pas après la moitié de la durée de la pression exercée			
	b. Intérieur de la plaie: Tissu granuleux rouge et humide, **phlyctènes sur les talons**			
	c. Intérieur de la plaie: Dépôt sec, crevassé ou fortement adhérent (après nettoyage de la plaie)			
	d. Intérieur de la plaie: Rouge visqueux, suintant, œdémateux, purulent ou nécrose humide			
	e. Nécrose fermée, sèche et **noire**			
Si M1a - e = 0: continuez au point M4 **Si M1a > 0 et M1b - e = 0: continuez au point M4**				
M2. ULCERE: BERGE DE LA PLAIE	Indiquez le stade **le plus grave** des **berges** de tous les **ulcères**. 0. CLAIREMENT DELIMITEE, SANS IRRITATION, berge de la plaie A PEINE VISIBLE 1. Berge de la plaie ROUGE, ENFLEE, MACEREE, FISSUREE, CREVASSEE, CREUSEE, PROLIFERANTE			
M3. ULCERES: CAUSES	Indiquez pour chaque cause pour laquelle vous avez codé un ulcère au point M1. En cas d'ulcère du à plusieurs causes, cochez toutes les causes concernées.		**D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS**	
	a. Ulcère de pression	(Escarre) La lésion est provoquée par la pression		**D.O8 Ulcère de pression (1°, 2° degré)** **D.09 Ulcère de pression (3°, 4° degré)**
	b. Ulcère variqueux	Lésion de la peau due à un retour veineux insuffisant dans les membres inférieurs		**D.07 Ulcère variqueux**
	c. Ulcère artériel	Lésion de la peau due à une mauvaise circulation artérielle dans les membres inférieurs		
	d. Autre ulcère	Lésion de la peau due à d'autres facteurs, par ex. gangrène diabétique		
M4. AUTRES PROBLEMES CUTANES CONCERNANT TOUT LE CORPS	Cochez tous les points concernés. a. Ecorchures, bleus, hématomes b. Brûlures (deuxième ou troisième degré) c. Lésion ouverte nécessitant des soins d. Eruption / dermatite / intertrigo, par ex. eczéma, herpès, mycose etc. e. Peau insensible à la pression et à la douleur f. Déchirure, coupure (ne concerne pas les plaies chirurgicales) g. Plaie chirurgicale nécessitant des soins h. RIEN DE CELA			
M5. SOINS ET TRAITEMENTS DE LA PEAU	Cochez tous les points concernés. a. Moyens anti-escarres au lit ou au fauteuil b. Autres moyens anti-escarres et mesures protectrices c. Plan personnalisé de latéralisation d. Mesures diététiques en cas de problèmes cutanés e. La contention f. Traitement des plaies chirurgicales g. Traitement de plaies / soins escarres (avec / sans médicaments)		**MOBILISATION** 4050 FRICTIONS ET INSTALLATIONS	
			MEDICATION	
				8070 DRAINAGE LIBRE 8080 DRAINAGE SOUS L'EAU (CIRCUIT FERME) 8090 DRAINAGE AVEC SUCCION 8180 TREMPAGE D'UN MEMBRE 8390 POINTS DE SUTURE OU AGRAFES A ENLEVER 8400 MECHE OU PANSEMENT A ENLEVER 8410 INSTALLATION DE CATHETER DANS UNE PLAIE 8420 IRRIGATION DE LA PLAIE 8430 NETTOYAGE ET DESINFECTION DE PLAIE A L'AIR 8440 DESINFECTION VULVAIRE OU SCROTALE 8450 LAMPE THERAPEUTIQUE 8570 DEBRIDEMENT DE PLAIE
			PANSEMENT	8480 PANSEMENT SEC OU HUMIDE NON ASEPTIQUE 8490 PANSEMENT ASEPTIQUE 8500 PANSEMENT ASEPTIQUE - RENFORCER 8510 PANSEMENT DE PLAIE AVEC ECOULEMENT
			PANSEMENT DE REGENERATION DE LA PEAU	8520 AVEC BENOXYL 8530 AVEC DEBRISAN 8540 AVEC STOMAHESIVE 8550 AVEC OUATE HUMIDE 8560 AVEC GRANULE DUODERME 8560 AVEC GRANULE DUODERME
	h. Traitement local médicamenteux d'un problème cutané (concernant tout le corps)			8580 APPLICATION D'ONGUENT SANS ENVELOPPEMENT 8590 APPLICATION D'ONGUENT AVEC ENVELOPPEMENT
			ELIMINATION	
	i. Autres traitements préventifs cutanés utilisés au minimum 4 jours sur 7			2110 SOINS EXTERNES DE SONDE VESICALE: mode 1 ou 3
	j. RIEN DE CELA			
M6. PROBLEMES ET SOINS DES PIEDS	Cochez tous les points concernés.		**D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS**	
	a. Problèmes aux pieds: Œil de perdrix, callosités, rougeur de la plante du pied, orteils en marteau, douleurs b. Infection aigue d'un ongle d'orteil, sous traitement		**1.** non **2.** oui	dans les 7 jours d'observation **D.10 Soins pédieux**
	d. Ongles / callosités soignés **dans les 90 derniers jours** e. Mesures préventives ou protectrices pour les pieds (chaussures orthopédiques / semelles / coussinet entre les orteils g. RIEN DE CELA			

RAI-EMS		**PLAISIR**	
EVALUATION GLOBALE			
SECTEUR N: OCCUPATIONS		**R. ORIENTATION (interaction avec l'environnement)**	
Si B1 = 1 (comateux): continuez au secteur O			9. **Coma**, état végétatif
		L. VECU OCCUPATIONNEL	
N2. DUREE MOYENNE DES OCCUPATIONS	Concerne la période d'éveil durant laquelle il n'y a pas de soin ou de thérapie. 0. PLUS DE 2/3 DE LA PERIODE D'EVEIL 1. 1/3 -2/3 DE LA PERIODE D'EVEIL 2. MOINS DE 1/3 DE LA PERIODE D'EVEIL 3. AUCUNE		1, Occupation **appropriée** 2. Occupation **intermittente** 3. Occupation **limitée** (ampleur des activités) 4. Occupation **ajustée** 5. Occupation **réduite** (quantité de temps) 6. Occupation **restreinte** (en type) 7. Occupation **très restreinte** (quantité de temps et type) 8. **Aucune** occupation 9. S'occupe de **manière inappropriée**
N3. LIEUX D'OCCUPATION PREFEREES	Cochez tous les endroits préférés. a. Dans sa chambre b. Salle de séjour c. Dans l'institution, en dehors de l'unité de soin / du service d. Dehors e. RIEN DE CELA		
N4. OCCUPATIONS PREFEREES	Quelles sont les **occupations** préférées de la résidante, qu'elles aient lieu dans l'institution ou non, ceci en tenant compte de ses capacités actuelles?		
	a. Jeux de carte / jeux b. Travail manuel / bricolage c. Sport / gymnastique d. Musique e. Lire / écrire f. Activités religieuses et spirituelles g. Excursions / voyage / commission h. Promenade / promenade à l'extérieur en fauteuil roulant i. Télévision j. Jardinage / soigner les plantes k. Conversation l. Aider les autres m. RIEN DE CELA / la résidante ne veut pas faire de déclaration		
N5. DESIR DE MODIFICATION	La résidante souhaite, à propos de ses occupations: 0. AUCUNE MODIFICATION 1. LEGERE MODIFICATION 2. MODIFICATION IMPORTANTE 9. NE VEUT PAS FAIRE DE DECLARATION		
	a. En ce qui concerne la manière d'être occupé		
	b. En ce qui concerne l'intensité des occupations		
N6. THERAPIE D'ACTIVATION Cette thérapie doit être exécutée par une thérapeute d'activation, une personne spécialement formée pour cette tâche, ou sous la surveillance d'une telle personne.	Indiquez la durée en jours et en minutes durant les **7 derniers jours**.	**COMMUNICATION** 5130 ACTIVITES INDIVIDUELLES OU DE GROUPE 5140 THERAPEUTIQUES 5150 SORTIES SOCIO-THERAPEUTIQUE (**nombre de participants = 1**)	
	Echelle A = Nombre de jours durant lesquels une thérapie d'activation d'une durée minimum de 15 minutes, a eu lieu		**nombre de jour avec durée > 15 minutes**
	Echelle B = Durée totale en minutes dans les **7 derniers jours**		**durée totale hebdomadaire**
SECTEUR O: TRAITEMENT MEDICAMENTEUX		**MEDICATION**	
O1. NOMBRE DE MEDICAMENTS (SUBSTANCES)	Nombre de médicaments (substances) différents que la résidante a reçu au cours des 7 derniers jours. (0 = aucun)	**aucune mention dans les actions de nursing**	6010 PREPARATION DE L'AUTO-MEDICATION, 6020 MEDICAMENTS - PO (per os) 6030 MEDICAMENTS - SG (sonde gastrique) 6040 MEDICAMENTS - IR (intro-rectal) 6050 MEDICAMENTS - OVU (ovule) 6060 MEDICAMENTS - GTE (gouttes) 6070 MEDICAMENTS - IM 6080 MEDICAMENTS - SC 6090 MEDICAMENTS - ID 6100 MEDICAMENTS IV - DANS LE SOLUTE 6110 MEDICAMENTS - IV DANS LE SOLUSET, BURETTE 6120 MEDICAMENTS - IV PAR TUBULURE
Si O1 = 0: continuez au secteur P			
03. NOMBRE DE JOURS AVEC INJECTION	Indiquez le nombre de jours durant lesquels la résidante a reçu une injection (excepté les intraveineuses), ceci dans les **7 derniers jours**.		6070 MEDICAMENTS - IM 6080 MEDICAMENTS - SC 6090 MEDICAMENTS - ID 6100 MEDICAMENTS - IV DANS LE SOLUTE 6110 MEDICAMENTS - IV DANS LE SOLUSET, BURETTE 6120 MEDICAMENTS - IV PAR TUBULURE
O4. NOMBRE DE JOURS AVEC DES MEDICAMENTS PARTICULIERS	Indiquez le nombre de **jours** durant lesquels les médicaments particuliers ont été donnés 0. AUCUN 1. EGALEMENT LES MEDICAMENTS A ACTION PROLONGEE qui sont utilisés moins d'une fois par semaine		
	a. Neuroleptiques		
	b. Médicaments diminuant l'anxiété (anxiolytiques)		
	c. Antidépresseurs		
	d. Hypnotiques		
	e. Diurétiques		
	f. Médicaments anti-douleurs de classe 1 (selon la classification de l'OMS)		
	g. Médicaments anti-douleurs de classe 2 (selon la classification de l'OMS)		
	h. Médicaments anti-douleurs de classe 3 (selon la classification de l'OMS)		

RAI-EMS			PLAISIR	
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR P: TRAITEMENTS SPECIAUX / MESURES SPECIALES			D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS	
P1. TRAITEMENTS SPECIAUX NECESSITANT DES SOINS ET THERAPIES	**a. TRAITEMENTS** dans les 14 derniers jours		**1.** non **2.** oui	dans les 7 jours d'observation
	a. Chimiothérapie			**D.01 Chimiothérapie**
	b. Dialyse			**D.04 Dialyse**
			MEDICATION	
	c. Médication intra-veineuse			6100 MEDICAMENTS - V DANS LE SOLUTE 6110 MEDICAMENTS - IV DANS LE SOLUSET, BURETTE 6120 MEDICAMENTS - IV PAR TUBULURE
			SOINS DE STOMIE	
	f. Soin de stomie			2210 REMPLACEMENT DU SAC 2220 ENTRETIEN DU SAC SANS REMPLACEMENT
			RESPIRATION	
	g. Oxygénothérapie - traitement de longue durée			0110 OXYGENE: CATHETER, MASQUE, LUNETTE, TENTE FACIALE: mode 1 ou 3
			D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS	
	h. Radiothérapie		**1.** non **2.** oui	dans les 7 jours d'observation **D.02 Radiothérapie**
			RESPIRATION	
	i. Aspiration		**ASPIRATION DES SECRETIONS**	0080 PAR VOIE BUCCALE: mode 1 ou 3 0090 PAR VOIE NASALE: mode 1 ou 3 0100 PAR VOIE TRACHEALE: mode 1 ou 3
	j. Soin de trachéotomie / Scoop		**SOINS DE TRACHEOTOMIE**	0120 SOINS (peau, canule, pansement, cordon): mode 1, 2 ou 3 0130 INSTILLATION 0140 BALLONNET: GONFLER ET DEGONFLER
	l. Respiration artificielle		**OXYGENE**	0110 CATHETER, MASQUE, LUNETTE, TENTE FACALE
	m. Intervention professionnelle lors de maladies liées à la dépendance o. Soins palliatifs r. Processus d'entrainement actif et régulier en vue d'un retour à la maison ou à une autre forme d'habitation			
			MEDICATION	
	t. Préparation, distribution et contrôle de la prise de médicaments		**mode 3 = administré par le personnel soignant**	6010 PREPARATION DE L'AUTO-MEDICATION 6020 MEDICAMENTS - PO: mode 1, 2 ou 3 6030 MEDICAMENTS - SG: mode 1 , 2 ou 3 6040 MEDICAMENTS - IR: mode 1, 2 ou 3 6050 MEDICAMENTS - OVU: mode 1, 2 ou 3 6060 MEDICAMENTS - GTE: mode 1, 2 ou 3 6070 MEDICAMENTS - IM: mode 1 6080 MEDICAMENTS - SC: mode 1 6090 MEDICAMENTS - ID: mode 1 6100 MEDIAMENTS - IV DANS LE SOLUTE 6110 MEDICAMENTS - IV DANS LE SOLUSET, BURETTE 6120 MEDICAMENTS - IV PAR TUBULURE
			RESPIRATION	
	u. Préparation et contrôle de médicaments inhalés, au moins 2x par jour			0070 AEROSOL: mode 1
			MEDICATION	
	v. Administration de collyres, au moins 2x par jour			6060 MEDICAMENTS - GTE
			METHODES DIAGNOSTIQUES	
	w. Test de laboratoire effectués par des soignantes (par ex. glycémie, INR, Comburtest)			9390 TEST SIMPLE A L'UNITE 9400 GLUCOMETRE
	x. Prise des constantes (tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire)			9080 TENSION ARTERIELLE 9070 PULSATION 9030 TEMPERATURE BUCCALE 9040 TEMPERATURE RECTALE 9050 TEMPERATURE AXILLAIRE 9060 RESPIRATION
	s. RIEN DE CELA			

RAI-EMS		**PLAISIR**		
EVALUATION GLOBALE				
SECTEUR P: TRAITEMENTS SPECIAUX / MESURES SPECIALES		**D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS**		
	b. THERAPIES INDIVIDUELLES	**B. THERAPIE DE READAPTATION (services reçus)**		
	Echelle A = Comptez uniquement le **nombre de jour**s où a eu lieu une thérapie individuelle d'au moins 15 minutes dans les 7 derniers jours (0 = < 15 minutes) **Echelle B = Durée totale exprimée en minutes** dans les **7 derniers jours**		**Nombre de minutes/semaine**	**Nombre de jours/semaine**
	a. Logopédie			
	b. Ergothérapie (ne sont pas comprises les thérapies d'activation)	**Ergo**		
	c. Physiothérapie (ne sont comprises que les thérapies individuelles effectuées par une physiothérapeute)	**Physio**		
		RESPIRATION		
		EXERCICES PHYSIO-RESPIRATOIRES	0040 TAPOTEMENTS 0050 DRAINAGES POSTURAUX 0060 VIBRO-MASSAGE	
	d. Entretien individuel thérapeutique - documentés avec objectifs et évaluation			
	e. Traitement individuel / applications - documenté avec objectif et évaluation	**D. TRAITEMENTS PARTICULIERS RECUS**		
		1. non **2.** oui	dans les 7 jours d'observation **D.03 Inhalothérapie** **D.05. Transfusion** **D.06 Alimentation parentérale** **D.07 Ulcère variqueux** **D.08 Escarre (1° et 2° degré)** **D.09 Escarre (3° et 4° degré)** **D.10 Soins pédieux**	
		RESPIRATION		
		EXERCICES RESPIRATOIRES	0020 SPIROMETRIE 0030 SEANCE DE TOUX 0040 TAPOTEMENTS 0050 DRAINAGES POSTURAUX 0060 VIBRO-MASSAGE	
P2. INTERVENTIONS CONCERNANT L'HUMEUR, LE COMPORTEMENT ET L'ETAT COGNITIF	a. Entretien interdisciplinaire dans **les 30 derniers jours** avec un réajustement du plan de soins / plan de soutien d. Mesures spéciales dispensées pour influencer l'humeur, le comportement ou les symptômes de démence f. RIEN DE CELA			
Si dans G1a-j: Echelle A et Echelle B = 0 et C4 = 0 et C6 = 0: continuez au point P4		**MOBILISATION**		
P3. SOINS INFIRMIERS DE READAPTATION	Comptez le nombre de jours où des mesures adaptées d'une durée minimale de 15 minutes par jour, ont été administrées - ceci au cours des 7 derniers jours. (0 = pas de mesures ou mesures prises inférieures à 15 minutes par jour)			
	a. Mobilisation passive		4060 EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS: mode 2 ou 3 4070 EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS STRUCTURES: mode 2 ou 3	
	b. Mobilisation active		4060 EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS: mode 1 ou 2 4070 EXERCICES PASSIFS ET/OU ACTIFS STRUCTURES: mode 1 ou 2	
	c. Utilisation d'attelles / appareils orthopédiques			
		C. SOINS INFIRMIERS DE READAPTATION RECUS		
		1. non 2. oui	**Si oui, indiquez le nombre de jours par semaine**	
	d. Mobilisation au lit		4. Entraînement pour les déplacements ou la mobilisation au lit	
	e. Transfert		5. Entraînement pour les transferts	
	f. Marche		4. Entraînement pour les déplacements ou la mobilisation au lit	
	g. Habillement / Soin du corps		3. Entraînement pour les soins d'hygiène, l'habillement	
	h. Manger ou avaler		1. Entraînement pour l'alimentation	
	i. Utilisation des prothèses / Soin du moignon			
		B. THERAPIE DE READAPTATION (services reçus)		
			Nombre de minutes/semaine	**Nombre de jours/semaine**
	j. Training du langage	**Ortho(phonie)**		
	k. Autre	**C. SOINS INFIRMIERS DE READAPTATION RECUS**		
		1. non 2. oui	**Si oui, indiquez le nombre de jours par semaine**	
			2. Entraînement pour l'élimination	

RAI-EMS			PLAISIR		
EVALUATION GLOBALE					
SECTEUR P: TRAITEMENTS SPECIAUX / MESURES SPECIALES			MOBILISATION		
P4. MOYENS DE CONTENTION	0. AUCUN 1. PAS TOUS LES JOURS 2. QUOTIDIENNEMENT		4080 MOYENS DE PROTECTION PHYSIQUE	nombre de fois = 0 nombre de fois = moins d'une fois par jour nombre de fois = une fois par jour	
			M. PROTECTION		
				Non: aller à N Oui: préciser rarement Parfois Souvent	
	a. Barrière de lit sur tous les côtés ouverts du lit			1. Côtés de lit	
	c. Contention du tronc			4. Gilet ou camisole de sécurité	
				7. Ceinture abdominale	
	e. Attache au fauteuil, qui ne permet pas de se lever			2. Tablette de fauteuil gériatrique	
				3. Tablette de fauteuil roulant	
				8. Culotte de contention	
			E. VISITES MEDICALES		
P7. VISITE MEDICALE	Notez le nombre de jours où il y a eu une visite médicale au cours des **14 deniers jours**			**Nombre habituel de visites médicales reçues _______/mois**	
P8. PRESCRIPTION MEDICALE	Nombre de jours, dans les **14 derniers jours**, où il y a eu une prescription médicale.				
SECTEUR Q: ETAT GLOBAL					
Q2. CHANGEMENT GLOBAL	L'indépendance de la résidante est comparée à celle d'il y a **90 jours** 0. INCHANGEE 1. AMELIOREE - reçoit moins de soutien / d'aide 2. DEGRADEE - reçoit plus de soutien /d'aide				
SECTEUR R: INFORMATIONS RELATIVES A L'EVALUATION			A. IDENTIFICATON		
R1. PARTICIPATION A CETTE EVALUATION	**a. Résidante 0. NON 1. OUI**				
	b. Les proches 0. NON 1. OUI 2. AUCUN				
	c. Autres personnes de référence 0. NON 1. OUI 2. AUCUN				
R2. a. SIGNATURE coordinatrice MDS	Date		évaluateur		
R2. b. SIGNATURE du médecin traitant	Date				
SIGNATURES des autres personnes ayant pris part à l'évaluation					
c.	Date				
d.	Date				
e.	Date				
f.	Date				

ANNEXE 4: COMPARAISON DU SMAF ET DES MODULES RAI-EMS ET RAI-SAD

Problème lors de comparaison SMAF/RAI-HC/RAI-NH : possibilités de réponses différentes pour de nombreux items (indiqués en rouge dans le tableau de comparaison)

Possibilités de réponse							
	SMAF		**RAI-SAD Suisse F**		**RAI-EMS Suisse F**		
0	seul	0	indépendant	0	autonome	1	
-0.5	Avec difficulté						
-1	Stimulation, surveillance	1	Stimulation, surveillance	1	Stimulation, surveillance	2	
-2	Aide partielle	2	Dépendance partielle	2	Dépendance partielle	3	
		3	Dépendance importante	3	Dépendance importante		
-3	Aide totale	4	Dépendance totale	4	Dépendance totale	4	

SMAF[1]					RAI-SAD (version suisse romande)					RAI-EMS (version suisse romande)			
Domaine		N°	Question	Réponse [2]	N°			Question	Réponse	N°			Comparabilité
A	AVQ	1	SE NOURRIR	Seul → aide complète[3]	H	2	g	Manger, boire	Indépendance → dépendance totale[4]	G	1	h	Similaire à RAI-HC
		2	SE LAVER	Seul → aide complète	H	2	j	Bain, douche	Indépendance → dépendance totale	G	2	-	Similaire à RAI-HC
		3	S'HABILLER	Seul → aide complète	H	2	f	S'habiller	Indépendance → dépendance totale	G	1	g	Similaire à RAI-HC
		4	ENTRETENIR SA PERSONNE	Seul → aide complète	H	2	i	Hygiène personnelle	Indépendance → dépendance totale	G	1	j	Similaire à RAI-HC
		5	FONCTION VÉSICALE	Normale →incontinence totale	I	1	-	Continence urine	O : Normal →4 : incontinence totale ;	H	1	a	Similaire à RAI-HC
		6	FONCTION INTESTINALE	Normale →incontinence totale	I	2	-	Continence selles	O : Normal →4 : incontinence totale	H	1	b	Similaire à RAI-HC
		7	UTILISER LES TOILETTES	Seul → ne peut utiliser seul WC/ chaise/bassine/urinal	H	2	h	Utilisation des toilettes	Indépendance → dépendance totale	G	1	i	Similaire à RAI-HC

[1] **Pour chaque question SMAF:**
- Le sujet a-t-il les **ressources humaines** pour combler cette incapacité ? SI oui, qui (proche, voisin, infirmière,…)
- **évaluation de la STABILITÉ**: dans les 3 à 4 semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources : - diminuent, + augmentent, • restent stables ou ne s'applique pas.

[2] Pour chaque question : 4 ou 5 possibilités de réponse 0 : pas de problème,(-0.5 : difficulté) :-1 : pb léger ; -2 : pb moyen ; -3 : atteinte sévère

[3] Pour chaque question AVQ, la réponse évalue la capacité fonctionnelle sur une échelle de 0 : indépendant, -0.5 : avec difficulté, -1 : requiert stimulation ou surveillance ; -2 : aide partielle ; -3 : aide complète

[4] Pour chaque question AVQ, possibilité de réponse 0 : indépendance ; 1 : surveillance, stimulation ; 2 : dépendance partielle ; 3 : dépendance importante ; 4 : dépendance totale ; 8 : l'activité n'a pas été accomplie.

B	**MOBILITÉ**	**1**	**TRANSFERTS (lit ↔fauteuil↔debout)**	Seul → aide complète	**H**	**2**	b	Transferts (lit ↔fauteuil↔debout)	Indépendance → dépendance totale	**G**	1	b	Similaire à RAI-HC
		2	**MARCHER À L'INTÉRIEUR**	Seul (avec/sans moyen aux)→ ne marche pas	**H**	**2**	c	Marcher à l'intérieur	Indépendance → dépendance totale	**G**	1	c/d	Marcher c : dans la chambre d : dans l'unité de soins
		3	**INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE (de tout type ?)**	Seul → aide complète	**-**	**-**	-	-	-	-	-	-	-
		4	**SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT À L'INTÉRIEUR**	0 : n'a pas de FR → ne peut utiliser FR (besoin civière)	**H**	**2**	d	Déplacement en fauteuil roulant à l'intérieur	Indépendance → dépendance totale	**G**	1	e	Déplacement en fauteuil roulant dans l'unité de soins
		5	**UTILISER LES ESCALIERS**	Seul →ne peut utiliser escaliers, même avec aide	**H**	**4**	-	Monter/descendre les escaliers	0 :sans aide ; 1 :avec aide ; 2 :n'a pas utilisé escaliers (3 derniers jours)	-	**-**	-	-
		6	**CIRCULER A L'EXTÉRIEUR**	Seul →avec aide ou FR → ne peut circuler à l'ext (besoin civière)	**H**	**2**	e	Déplacement à l'extérieur (avec/sans FR)	Indépendance → dépendance totale	**G**	1	f	Déplacement à l'extérieur de l'untié de soins ou de l'institution
C	**COMMUNICATION**	**1**	**VOIR**	Adéquat (avec/sans lunettes,…) → ne peut distinguer formes	**D**	**1**	-	Vision (avec/sans lunettes)	0 : bonne →4 :grave atteinte	D	1	-	Similaire à RAI-HC
		2	**ENTENDRE**	Convenable (avec/sans app.auditif) → surdité complète	**C**	**3**	-	Audition (avec/sans app.aud)	0 : bonne →3 :grave atteinte	C	1	-	Similaire à RAI-HC
		3	**PARLER**	Normal → ne communique pas	**C**	**1**	-	Se faire comprendre	0 : est compris →4 : rarement/jamais comprise	C	4	-	Similaire à RAI-HC
D	**FONCTIONS MENTALES**	**1**	**MÉMOIRE**	Normal → oublis faits récents → oublis faits importants →amnésie presque totale	**B**	**1**	a	Mémoire court terme	0 : ok ; 1 : problème	B	2	a	Similaire à RAI-HC
					B	**1**	b	Mémoire procédurale	0 :ok ; 1 : problème	B	2	b	Similaire à RAI-HC
		2	**ORIENTATION**	Bonne (temps, espace, personnes) →désorientation complète	**B**	**3**		questions sur signes d'état confusionnel		B	5	-	questions sur signes d'état confusionnel
		3	**COMPRÉHENSION**	Bonne →ne comprend pas ce qu'on lui dit, ce qui se passe	**C**	**2**		Comprendre les autres	0 : OK→ 3 : rarement ou jamais	C	6	-	Similaire à RAI-HC
		4	**JUGEMENT**	Bonne évaluation et capacité de décision →n'évalue pas situations, ne prend pas de décisions	**B**	**2**		Facultés cognitives pour les décisions courantes	0 : indépendance→ 4 : grave déficience	B	4	-	Similaire à RAI-HC

		5	**COMPORTEMENT**	Adéquat→ tr.comportement mineurs→ dangereux	**E**	**2**	a	Déambulation/errance	0 : pas, 1 : manifesté, facilement maitrisé, 2 : manifesté, difficile à maîtriser, 9 : ne répond pas	E	4	a	Questions similaires dans RAI-HC et-NH, mais modalité de réponse un peu différente (peut être reconstruit)
					E	**2**	b	Agressivité verbale		E	4	b	
					E	**2**	c	Agressivité physique		E	4	c	
					E	**2**	d	Comportement socialement inapproprié		E	4	d	
					E	**2**	e	Résistance aux soins		E	4	e	
E	**TÂCHES DOMESTIQUES**	**1**	**ENTRETENIR LA MAISON**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	b	Ménage courant	Indépendance → dépendance totale[4]	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		2	**PRÉPARER LES REPAS**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	a	Préparation repas	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		3	**FAIRE LES COURSES**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	f	Faire les courses	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		4	**FAIRE LA LESSIVE**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	b	Ménage courant ?	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		5	**UTILISER LE TÉLÉPHONE**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	e	Usage du téléphone	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		6	**UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT**	Seul (voiture, T.P., Taxi,..)→ civière	**H**	**1**	g	Utilisation moyens de transports	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		7	**PRENDRE SES MÉDICAMENTS**	Seul → médics doivent être donnés en temps opportun	**H**	**1**	d	Gestion des médicaments	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH
		8	**GÉRER SON BUDGET**	Seul → ne fait pas	**H**	**1**	c	Gestion de l'argent	Indépendance → dépendance totale	-	-	-	Absent dans RAI-NH